

**Univerzita Karlova**

**Filozofická fakulta**

Sociální práce

# **Diplomová práce**

Bc. Monika Janáčková

**Jak lidi s duševním onemocněním, zvláště se schizofrenií,  
vnímá jejich sociální okolí**

How people with mental illness, especially with schizophrenia, are  
perceived of their social environment

Praha 2020

Vedoucí práce: PhDr. Olga Havráňková, Ph.D

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 17. prosince 2020

Bc. Monika Janáčková

**Poděkování:**

Chtěla bych poděkovat paní PhDr. Olze Havránkové Ph.D. za odborné vedení práce. Také bych chtěla poděkovat paní PhDr. Evě Dragomirecké Ph.D. za poskytnutí českých verzí dotazníku RIBS a CAMI, které jsem využila ve svém výzkumu.

**Klíčová slova (česky)**

*duševní onemocnění, diagnóza, schizofrenie, stigma, předsudky, poruchy, sociální prostředí*

**Klíčová slova (anglicky):**

*mental illness, diagnosis, schizophrenia, stigma, prejudices, disorders, social environment*



**Abstrakt (česky)**

Tato práce je zaměřena na duševní onemocnění. Hluběji se zabývá schizofrenií, jejími formami, příčinami, příznaky a také dopady na sociální život lidí s touto diagnózou. Jak společnost vnímá duševně nemocné a jaké předsudky stále přetrvávají.

**Abstract (in English):**

This work is focused on mental illness. It deals deeply with schizophrenia, its forms, causes, symptoms and also impacts on social life of people with this diagnosis. How society perceives the mentally ill and which prejudices still persist.

# Obsah

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1. DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	9
2. HISTORIE SCHIZOFRENIE.....	11
3. SCHIZOFRENIE .....	12
3.1. PSYCHÓZA.....	12
3.2. PŘÍČINY VZNIKU.....	13
3.2.1. Biologické faktory.....	13
3.2.2. Psychosociální faktory.....	13
3.3. PŘÍZNAKY .....	13
3.3.1. Pozitivní příznaky .....	14
3.3.2. Negativní příznaky.....	14
3.4. PRŮBĚH A PROGNOZA SCHIZOFRENIE .....	14
3.5. RELAPS.....	15
3.5.1. Varovné příznaky relapsu .....	15
3.6. FORMY SCHIZOFRENIE .....	16
3.6.1. Paranoidní schizofrenie.....	16
3.6.2. Hebefrenní schizofrenie.....	17
3.6.3. Katatonní schizofrenie.....	17
3.6.4. Simplexní schizofrenie .....	17
4. LÉČBA SCHIZOFRENIE .....	18
4.1. PSYCHOFARMAKA .....	18
4.2. PSYCHOTERAPIE .....	19
5. DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ A SPOLEČNOST .....	20
5.1. SOCIÁLNÍ VÝZNAM SCHIZOFRENIE.....	20
5.2. POJEM STIGMATIZACE .....	20
5.3. POSTOJ SPOLEČNOSTI K LIDEM S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM .....	23
5.4. DOPADY DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ NA RODINU .....	23
5.5. PRÁVA DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH.....	23
6. POTŘEBY OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	25
6.1. POTŘEBA PRÁCE .....	25
6.2. POTŘEBA BYDLENÍ .....	26
6.3. POTŘEBA VOLNÉHO ČASU.....	26

<b>7. PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ .....</b>	<b>27</b>
7.1. SYSTÉM PSYCHIATRICKÉ PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	27
7.1.1. <i>Psychiatrická péče</i> .....	27
7.1.2. <i>Ambulantní psychiatrická péče</i> .....	31
7.1.3. <i>Lůžková psychiatrická péče</i> .....	34
7.1.4. <i>Komunitní psychiatrická péče</i> .....	36
7.2. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM .....	36
7.2.1. <i>Sociální poradenství</i> .....	36
7.2.2. <i>Sociální prevence</i> .....	37
7.2.3. <i>Sociální péče</i> .....	37
7.2.4. <i>Cíle sociálních služeb</i> .....	37
7.3. ORGANIZACE ZABÝVAJÍCÍ SE DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM .....	37
<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>39</b>
<b>8. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>39</b>
<b>9. METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....</b>	<b>40</b>
9.1. STRUKTURA DOTAZNÍKU .....	40
9.2. ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	41
<b>10. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE RESPONDENTŮ .....</b>	<b>42</b>
<b>11. VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>49</b>
<b>VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....</b>	<b>83</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>89</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:.....</b>	<b>91</b>
<b>ELEKTRONICKÉ ZDROJE: .....</b>	<b>93</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ: .....</b>	<b>94</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK: .....</b>	<b>95</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>96</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>99</b>

## Úvod

*„Proč se tolik lidí bojí diagnózy „psychického onemocnění“? Vyvolává snad už samotný termín představu instituce odlidštěných postav, bezbranných a bezcílně bloudících, zabarikádovaných za dveřmi či okny (Nedley, 2007, s. 23)?“*

Výběr tématu mé diplomové práce ovlivnila odborná praxe v organizaci, zabývající se lidmi s duševním onemocněním, kterou jsem absolvovala. Měla jsem zde možnost spolupracovat s lidmi, jejichž nejčastější diagnózou byla některá z forem schizofrenie. V osobním životě jsem se pak v důsledku této praxe setkávala s vyděšenými výrazy lidí v mém sociální okolí a s otázkami typu: „Nebojíš se, že ti tam někdo ublíží?“ „A nejsou nebezpeční?“ „Nejsi tam s nimi nikdy sama, že ne?“. A právě to byl zlom, kdy jsem si řekla, že bych ráda zjistila, zda i v dnešní době, kde lidí s duševním onemocněním neustále přibývá, jsou stále zakotveny předsudky a stereotypní pohledy na lidi s psychiatrickou diagnózou. Myslím si, že tyto reakce jsou způsobeny převážně médií. Mám takový pocit, že téměř jediné zprávy, které o lidech s duševním onemocněním v televizi slyšíme, jsou záporné. Například napadení nějakým psychopatem, popřípadě zabití jiného člověka apod. Když média u takovýchto případů sdělí, že se jednalo o člověka, který má diagnostikovanou schizofrenii, tak to běžným občanům, kteří se s touto nemocí nikdy osobně nesetkali, může utkvět v hlavě a při dalších situacích, kdy se dozví o někom se schizofrenií, mohou vyplývat napovrch předsudky vůči těmto lidem. A samozřejmě ani filmy z psychiatrických léčeben nejsou moc ohleduplné vůči lidem s duševním onemocněním. Někteří lidé tak mají schizofrenii spojenou s tím, že daný člověk je pro své okolí za každých okolností nebezpečný.

V teoretické části vysvětluji základní pojmy, stručně se věnuji historii, zmiňuji zde příčiny a také příznaky vzniku schizofrenie. Dále věnuji pozornost formám tohoto onemocnění. V jedné části se dotýkám léčby schizofrenie, zejména přístupů, jež jsou na toto onemocnění zaměřeny. Následují témata zaměřující se na pohled společnosti na duševní onemocnění, stigmatizaci a předsudky vůči lidem s psychiatrickou diagnózou.

V praktické části práce jsem provedla kvantitativní výzkum, který byl zaměřen na to, jak lidi s duševním onemocněním, zvláště se schizofrenií, vnímá jejich sociální okolí. Jak na ně lidé z venku pohlížejí a co si o nich myslí. Zda má společnost reálné představy a informace o duševním onemocnění.

## Teoretická část

### 1. Duševní onemocnění

Každý člověk si může pojem duševní zdraví a dušení nemoc vysvětlovat trochu jinak, odborná literatura proto tyto pojmy konkrétněji definuje.

*„Za zdravého člověka můžeme považovat takovou osobu, která je jak po fyzické, duševní, tak i sociální stránce v pořádku“* (Dragomírecká, Bartoňová 2006, s. 10).

Duševně zdravý jedinec je schopen přizpůsobovat se změnám v jeho životě a také měnícím se situacím a prostředí (Hartl, Hartlová, 2015).

*„Duševní porucha je klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech* (Hartl, 2004, s. 53).“

*„Při duševní chorobě nejde jen o poruchu nervové činnosti, způsobenou chybnou funkcí nebo poškozením mozkových buněk, ale o onemocnění celého organismu. Tělesné a duševní pochody tvoří nedílnou jednotu ve zdraví i v nemoci. Je tu narušena rovnováha nejen biologická, ale i sociální, protože člověk je tvor společenský, je obklopen po celý život lidmi“* (Hausner, 1981, s. 17).

Neexistuje tedy jednotná definice pojmu duševní onemocnění, ale je patrné, že se může vyznačovat odlišným projevem lidského chování, z čehož může vyplývat vyřazení člověka z možnosti vykonávat každodenní činnosti, a to dále vede ke snížení kvality života daného jedince.

Je důležité, abychom brali v potaz veškeré aspekty života lidí s duševním onemocněním, ne pouze diagnózu jako takovou. U klientů se stejnou diagnózou, se může nemoc projevovat odlišně a také se u ní mohou stanovit jiné prognózy. Je potřeba brát člověka jako naprosto jedinečnou bytost a vnímat jeho individuálnost (Máhrová, Venglářová, 2008).

Zakotvená klasifikace MKN-10 nám rozděluje psychiatrické diagnózy dle medicínského přístupu. Jedná se o tabulku s číselným označením diagnózy a dále rozdělením dle názvu do skupin. Znalost psychiatrických diagnóz, jejich příznaky a vývoj nám pomáhají k lepšímu pochopení chování a prožívání osob s duševním onemocněním (Probstová, Pěč, 2014).

Tabulka 1- MKN-10- skupiny duševních poruch (Probstová, Pěč, 2014, s. 24)

<b>Kód psychiatrické diagnózy</b>	<b>Název skupiny</b>
<i>F00–F09</i>	<i>Organické duševní poruchy včetně symptomatických</i>
<i>F10–F19</i>	<i>Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek</i>
<i>F20–F29</i>	<i>Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy</i>
<i>F30–F39</i>	<i>Afektivní poruchy (poruchy nálady)</i>
<i>F40–F48</i>	<i>Neurotické, stresové a somatoformní poruchy</i>
<i>F50–F59</i>	<i>Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory</i>
<i>F60–F69</i>	<i>Poruchy osobnosti a chování u dospělých</i>
<i>F70–F79</i>	<i>Mentální retardace</i>
<i>F80–F89</i>	<i>Poruchy psychického vývoje</i>
<i>F90–F98</i>	<i>Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání</i>
<i>F99</i>	<i>Neurčená duševní porucha</i>

Duševní onemocnění má velký dopad jak na samotnou osobu s psychiatrickou diagnózou, tak i na její nejbližší okolí a celou společnost. V důsledku onemocnění může člověk ztratit své sociální postavení a také přejít do pracovní neschopnosti. Důvodem je, že při projevu nemoci daný člověk nemusí být schopen adekvátně reagovat a fungovat podle všeobecně uznávaných norem a pravidel společnosti ve svém sociokulturním prostředí. Sociální okolí daného jedince na něj poté může nahlížet jinak, hodnotit ho a vyjadřovat stereotypní názory na duševně nemocné.

## 2. Historie schizofrenie

Pojem schizofrenie nalezneme již v hebrejské Bibli. Jedná se o jedno z prvních popsanych duševních onemocnění, a to díky jejím výrazným projevům. Mezi prvotní názvy tohoto onemocnění řadíme Dementia praecox, což v překladu znamená předčasná demence. S tímto pojmem jsme se poprvé setkali již v roce 1896 a použil ho Dr. Emil Kraepelin. Kraepelin, který považoval psychózy za jednu nemoc, jelikož se domníval, že mají jednotnou příčinu. Společnými znaky měly být vznik nemoci v adolescenci a progresse k trvalé demenci. Což se však později ukázalo, že tomu tak nemusí vždy být. Nový, ustálený pojem byl zaveden švýcarským psychiatrem Dr. Eugenem Bleulerem v roce 1908. Podle něj byla schizofrenie již brána jako rozštěpení mysli a fragmentace mezi mentálními funkcemi. Dr. Bleuler dále rozdělil symptomy schizofrenie na primární a sekundární (Smolík 1996).

Již Dr. Kraepelin definoval tři formy tohoto onemocnění. Paranoidní, hebefrenní a katatonní formu a Dr. Bleuler přidal čtvrtou formu- simplexní (Höschel, Liebeger a Švestka. 2004).

### 3. Schizofrenie

Schizofrenie je jednou z nejzávažnějších duševních poruch. Jedná se o nemoc, která postupně ničí osobnost člověka, narušuje jeho sociální život a také u něj způsobuje intelektové a emoční změny. Člověk trpící touto diagnózou může ztrácet kontakt s realitou. V důsledku nemoci dochází k narušení vztahů k lidem v jeho okolí, a také i k sobě samému. Schizofrenii řadíme mezi psychózy.

Pojem schizofrenie bychom mohli přeložit jako „rozštěp mysli“. Touto nemocí trpí přibližně 1% populace. Nejčastěji se projevuje v období adolescence, ve věku 16-18 let, a poté mezi 25-30 rokem života (Malá, Pavlovský, 2002).

*„Schizofrenik je v laické představě člověk s nepřiměřeným, nápadným, nepředvídatelným chováním, nesouvislou, nesrozumitelnou, podivnou řečí, s halucinacemi, bludy, s podivnými pohyby a neobvyklými činnostmi. Pro psychiatra je takto se projevující člověk nemocným s pozitivními psychotickými příznaky. Daleko méně zřejmé jsou příznaky negativní- oploštění emocí, neschopnost radovat se, úbytek vůle. Nedostatečné porozumění a sociální izolace (Malá, Pavlovský, 2002, s. 58).“*

Pacienti s těžkou formou schizofrenie mívají pocit odcizení a také u nich dochází ke změně vztahu k blízkým osobám. Člověk není nadále schopen fungovat v zaměstnání, ani v běžném životě a často se stává trvale invalidním.

#### 3.1. Psychóza

Psychóza je typ duševního onemocnění, při kterém dochází k postižení samotného jádra osobnosti. Klient s psychózou přichází o schopnost kontaktu s realitou, jelikož je jeho vnímání a prožívání deformováno. Projevuje se poruchami emocí, myšlení, řeči a chování (Edelsberger, 2000).

Psychózy mívají ze všech duševních poruch nejvýraznější znaky nemoci a mají značný dopad nejen na nemocného, ale i na jeho rodinu. V nynější době je léčba směřována na spolupráci mezi nemocným, jeho nejbližší rodinou a odborníky. Mění se prožívání v důsledku psychózy přináší změnu kvality života. Člověk již není schopen rozpoznat, co je a co není skutečné. U lidí trpících přímo schizofrenií může docházet ke sluchovým a zrakovým halucinacím, což u nich může vyvolat neobvyklé či nepřiměřené jednání (Praško, 2005).



### 3.2. Příčiny vzniku

Na vzniku a průběhu schizofrenie se podílí více faktorů současně. Jedná se o souhru biologických, psychologických a sociálních činitelů, které toto onemocnění ovlivňují. Nelze tedy stanovit jednu konkrétní příčinu, kterou byla nemoc odstartována (Kalina, 2001).

#### 3.2.1. Biologické faktory

*„Základním biologickým faktorem je dědičnost. Studie dědičnosti prokázaly, že při onemocnění jednoho rodiče schizofrenií je asi 10% pravděpodobnost, že může onemocnět i jeho dítě. Jsou-li onemocněním postiženi oba rodiče, pak se zvyšuje riziko pro dítě až na 30–40 % (Skopová, 2016, s. 9).“*

U těchto jedinců dochází ke změně ve struktuře a také funkci mozku. Jedná se většinou o osoby, které se vyznačují větší zranitelností i v běžných, každodenních situacích. Může jít např. o sníženou frustrační toleranci, tito jedinci špatně snášejí odmítnutí, neúspěch, stres, zklamání a podobné situace.

#### 3.2.2. Psychosociální faktory

Téměř každý den, již od narození, se dostáváme do interakce se sociálním prostředím. Společnost a naše nejbližší okolí nás významně ovlivňují a mají značný vliv na utváření naší osobnosti. Je tedy také důležité, zaměřit se právě na psychosociální faktory, jelikož i ty se podílejí na vzniku této nemoci.

### 3.3. Příznaky

U schizofrenie se vyskytují rozmanité příznaky, které v různé míře zahrnují narušení emocí a chování, motivace, myšlení a také vnímání. Pro jasné stanovení diagnózy schizofrenie je nutné, aby se tyto příznaky projevovaly alespoň po dobu jednoho měsíce. Charakteristické příznaky schizofrenie se u různých typů tohoto onemocnění mohou objevovat v odlišné kvalitě i kvantitě a také nemusí docházet k výskytu všech příznaků naráz. Vágnerová (2012, s. 336) uvádí mezi typické příznaky: *„poruchy kognitivních funkcí (myšlení, vnímání, poruchy ve verbálním projevu, narušení reality), poruchy emotivity, poruchy jednání, poruchy osobnosti (pojetí sebe sama).“*

### 3.3.1. Pozitivní příznaky

Mezi pozitivní psychotické příznaky řadíme bludy a halucinace. Blud je falešná představa, která však člověku připadá pravdivá a nelze mu ji vymluvit. Může se jednat například o přesvědčení, že je daný jedinec pronásledován a že někdo usiluje o jeho život. U některých nemocných se bludy mohou projevovat tím, že je jedinec přesvědčen, že má daný jedinec výjimečné nebo dokonce nadpřirozené schopnosti. Pokud je člověk ovlivněn bludy, tak na úkor nich také jedná, což mu však může působit další potíže (Praško, 1998).

Ke vzniku halucinací dochází zkresleným vnímáním okolí. Fantazie nemocného se stává nekontrolovatelnou. Člověk s duševní poruchou v tomto případě slyší, vidí či cítí věci, které ale doopravdy slyšet, vidět a cítit nejsou (Jarolímek, 2006). Nejčastěji se objevují halucinace sluchové, při kterých daná osoba slyší jednoduché zvuky nebo dokonce hlasy. Hlasy buď hovoří přímo k nemocnému nebo mluví o jeho osobě. Nejnebezpečnější jsou hlasy, které dávají člověku s psychiatrickou diagnózou příkazy. Pod jejich vlivem může docházet k impulzivnímu chování nemocného (Praško, 1998).

### 3.3.2. Negativní příznaky

Mezi negativní příznaky patří hlavně postupné snížení a ochuzení citového prožívání. Nemocný se tváří jako by se ho to celé vůbec netýkalo a všechno mu je jedno. Po této fázi většinou nastává uzavření se daného jedince do sebe a omezení komunikace s okolím. Dalšími negativními příznaky jsou: porucha pozornosti, neschopnost se rozhodnout a velké obtíže s plánováním. Dále se také může objevit oslabení, a v některých případech až ztráta vůle. Člověk s duševním onemocněním postupně ztrácí zájem o věci, které ho dříve bavily. Začíná se uzavírat a stahovat do sebe. Také se mohou projevovat časté poruchy nálady. Člověk se stává úzkostným, nejistým a beznadějným. Současně se obává, že se neuzdraví, s čímž přicházejí sebevražedné myšlenky (Praško, 1998).

## 3.4. Průběh a prognóza schizofrenie

Toto duševní onemocnění se typicky projevuje již v adolescenci. Schizofrenie se vyskytuje jak u žen, tak i mužů, s tím rozdílem, že u žen většinou nastupuje o něco později. Průběh tohoto onemocnění je nestálý. Je zde odlišná síla, intenzita, hloubka a také doba trvání onemocnění. Na vývoj nemoci mají vliv různé vnitřní a vnější vlivy. Záleží na osobnosti daného

jedince, jeho psychice a také na jeho fyzických předpokladech pro zvládání zátěže. Další z důležitých faktorů je sociální charakter a míra intenzity stresu, které přicházejí z okolí. K nástupu prvotní epizody může dojít poměrně rychle a prudce. V těchto případech většinou nastává hospitalizace. V meziobdobí mezi jednotlivými atakami se jedinec buď vrací do normálu, nebo u něj mohou i nadále přetrvávat či doznívat nějaké příznaky. V nejzávažnější variantě dochází k chronickému průběhu onemocnění s neustále přetrvávajícími či zhoršujícími se projevy nemoci.

Mezi prvotní příznaky schizofrenie patří změna chování a změny ve vnímání sebe sama i okolního světa a dále podivné myšlenky a pocity. K těmto projevům se mohou přidat další příznaky, např. podrážděnost, úzkostné stavy, nespavost atd. Přibližně u třetiny osob s diagnózou schizofrenie je možnost, že se po několika málo atakách dokáže jedinec navrátit k běžnému způsobu života. U druhé třetiny nemocných dochází po celý život ke střídání atak s remisemi<sup>1</sup>. Avšak ani v období remise není většina jedinců schopna se vrátit do svého zaměstnání a často právě kvůli svému onemocnění musejí pobírat invalidní důchod. Do poslední třetiny spadají osoby, u kterých přes veškerou léčbu nedojde k odeznění příznaků schizofrenie. Tito klienti jsou po zbytek svého života odkázáni na pomoc druhé osoby (rodiny či personálu zdravotnického zařízení) (Češková, 2007).

### 3.5. Relaps

Pojmem relaps chápeme jako návrat akutních příznaků daného onemocnění. Jedná se tedy o ty příznaky, které již byly „vyléčeny“. Riziko relapsu se zvyšuje, pokud si klient sníží dávky nebo úplně vysadí předepsané léky bez vědomí lékaře. Je tedy důležité, umět rozpoznat varovné příznaky.

#### 3.5.1. Varovné příznaky relapsu

- *bezdůvodný pocit nepohody, napětí či nervozity, nadměrné vzrušení, předrážděnost*
- *nesoustředivost*
- *problémy s jídlem*
- *zhoršená spolupráce v léčbě*
- *nespavost, ale někdy také naopak nadměrná spavost*

---

<sup>1</sup> remise= ústup příznaků/ vymizení známek onemocnění

- *uzavírání se do sebe a sociální stažení*
  - *pocit vnitřního neklidu*
  - *zhoršení schopnosti soustředit se*
  - *smutek a deprese*
  - *úzkost*
  - *podivnosti v chování*
  - *pocit, že druzí o vás hovoří nebo si vás nadměrně všimají*
  - *pocit, že si druzí z vás dělají legraci, zesměšňují vás*
  - *slyšení hlasů, zrakové přeludy*
  - *pocit, že v televizi, v rozhlase, v novinách jsou náznaky, které se vás týkají, pocit smutku, beznaděje, ztráty zájmu*
  - *snížený zájem o kontakt s přáteli*
  - *ztráta chuti k jídlu*
  - *zhoršení paměti, nadměrná roztržitost*
  - *pocit neschopnosti*
  - *nadměrná váhavost, týkající se i banalit*
  - *nadměrné zaujetí náboženskými tématy nebo filozofií, posmrtným životem*
  - *nakupování nepotřebných věcí*
- (Praško, 2005, s.70-71)

### 3.6. Formy schizofrenie

#### 3.6.1. Paranoia schizofrenie

Typicky tato forma schizofrenie propuká do 40 až 45 let. Charakteristickým prvkem je patologická podezřívavost vůči okolí. Nemocný jedinec je přesvědčen, že je pronásledován, nebo kontrolován. Jedná se o tzv. paranoia schizofrenie. Dalším faktorem jsou poté halucinace, nejčastěji sluchové či hlasové. Při hlasových halucinacích člověk vnímá jakési příkazy od neznámých hlasů. Jedinec se cítí ohrožen a může být nebezpečný i pro své okolí. V těchto případech může docházet k náhlým napadením i cizích lidí, jelikož pod nátlakem bludů vnímá ohrožení své osoby a snaží se bránit (Vágnerová, 2012).

### 3.6.2. Hebefrenní schizofrenie

Nejčastěji se objevuje v adolescenci a rané dospělosti, tedy mezi 15. až 25. rokem života. Jedná se o velmi vážnou, a ne příliš častou formu schizofrenie. Zasahuje do rozvoje osobnosti ve velmi křehkém vývojovém období. Místo k utváření stabilizované identity jedince, dochází k jejímu narušení. Tím pádem nemá daný jedinec možnost vytvořit si novou identitu a přetrvává u něj původní, dětská, identita, která však není uspokojivá pro stabilní základ osobnosti. Hebefrenní schizofrenie tedy vypadá jako déle trvající a prohloubená puberta. Chování jedince pak neodpovídá konkrétnímu věku. Častým projevem těchto osob bývá hrubé a vulgární jednání, nepřiměřené reakce a vyskytují se u nich zrakové halucinace. Dalším typickým znakem této formy schizofrenie bývá nápadná a neobvyklá úprava zevnějšku. Později dochází k celkovému úpadku osobnosti (Vágnerová, 2012).

### 3.6.3. Katatonní schizofrenie

Tento typ schizofrenie je poměrně vzácný a vyskytuje se zřídka. Jedná se o nejzávažnější formu tohoto onemocnění. U katatonní schizofrenie jsou výrazné psychomotorické poruchy. Motorická aktivita jedince může být zvýšená nebo naopak snižena. Nadměrná, nepřirozená, extrémní nebo násilná motorická aktivita a impulzivní činy, to vše jsou prvky produktivní formy tohoto typu schizofrenie. V opačném případě se jedná o neproduktivní neboli stuporózní formu. Ta se projevuje zpomalenými reakcemi nebo útlumem veškeré motorické činnosti. Tím pádem bývá jedinec dlouho v jedné poloze, nehýbá se, ani nemluví. Avšak i v tomto stavu je daná osoba plně při vědomí a vše co se kolem ní děje vnímá, a i po odeznění stuporu, tedy celkové strnulosti, si pamatuje, co se kolem ní po celou dobu odehrávalo. Při tomto stavu může u nemocného docházet právě ke sluchovým halucinacím, kde si jedinec myslí, že mu hlasy zakazují jednat a mluvit se svým okolím (Vágnerová, 2012).

### 3.6.4. Simplexní schizofrenie

Časný a táhnoucí se vznik nemoci, pasivita, apatie, nezájem, izolace od okolí, tím vším se vyznačuje simplexní schizofrenie. Jedinci nejsou schopni zvládat běžný život a každodenní požadavky. Dochází k nevykonnosti a útlumu osobnosti. Stav jedince se postupně zhoršuje až na úroveň demence (Vágnerová, 2012).

## 4. Léčba schizofrenie

Schizofrenie patří mezi duševní onemocnění s celoživotními přetrvávajícími příznaky a dochází zde k občasným relapsům. Léčba schizofrenie by proto měla být dlouhodobá, komplexní a individualizovaná (Češková, 2008).

Jedná se o dlouhodobý proces léčby, kdy je prvotním krokem navázání terapeutického vztahu. Kvalitní terapie poskytuje klientovi žít plnohodnotný produktivní život. U některých klientů může docházet k potřebě občasných hospitalizací, to však závisí na celé řadě okolností. Je tedy zásadní, umět posoudit rizika plynoucí z psychopatologie nemocného. Těžiště léčby schizofrenie je ve farmakoterapii (Höschl, Libiger, Švestka, 2004).

### 4.1. Psychofarmaka

V 50. letech minulého století došlo k objevení neuroleptik, což znamenalo pro psychiatrii velký převrat. Do té doby byli lidé se schizofrenií z velké části odkázáni k trvalému pobytu na psychiatrických odděleních. Až s příchodem neuroleptik vznikla možnost návratu nemocného do běžného života. Neuroleptika vedou ke zklidnění klienta a k úpravě jeho spánku. Díky nim dochází k tomu, že se daný jedinec může lépe soustředit a je schopen uspořádat si své myšlenky. Naléhavost bludů a halucinací jde do ústraní. Tyto léky se podávají jak k odstranění akutních schizofrenních příznaků, tak nadále v nižších dávkách po odeznění těchto projevů. Stejně jako další léky, i neuroleptika mohou mít nežádoucí vedlejší účinky.

Mezi nejčastější vedlejší účinky neuroleptik patří:

- *zvýšená spavost*
- *závratě*
- *ztuhlost těla a třes rukou*
- *vnitřní neklid nutící k popocházení*
- *sucho v ústech*
- *svalové křeče*
- *rozostřené vidění*
- *narušení menstruačního cyklu*
- *snížení sexuální vzrušivosti a schopnosti erekce*

(Jarolímek, 2006, s. 16-18)

## 4.2. Psychoterapie

Jedná se o interdisciplinární obor, který pramení z psychologie. A právě psychologickými prostředky pomáhá lidem v dosahování normality (Vymětal, 1989). Rozlišujeme tři formy psychoterapie. Individuální, skupinovou a rodinnou. V individuální psychoterapii jde o dialog mezi nemocným a psychoterapeutem, kde klient řeší své aktuální problémy a společně pracují na řešení situace spojené se schizofrenním onemocněním. Skupinová psychoterapie se odlišuje od individuální tím, že se celý proces odehrává ve skupině lidí s podobnými problémy. Skupinová terapie dodává člověku pocit, že v tom není sám, jelikož se zde setkává s dalšími lidmi, kteří mají obdobné problémy. Sdílení vlastních zkušeností ostatních členů skupiny, může danému jedinci pomoci nalézat řešení jeho vlastních obtíží. U rodin s problémovými vztahy se pak používá rodinná psychoterapie (Jarolímek, 2006).

## 5. Duševní onemocnění a společnost

### 5.1. Sociální význam schizofrenie

Schizofrenie je výrazně stigmatizujícím onemocněním. Chování lidí s tímto onemocněním může být pro někoho podivné a pro samotné jedince je obtížně ovlivnitelné. Není snadné vcítit se do jedince s touto diagnózou a porozumět projevům tohoto onemocnění. Schizofrenie představuje značnou zátěž jak pro nemocného, tak i jeho nejbližší rodinu. V důsledku tohoto onemocnění se mění vztahy mezi členy rodiny a postoje vůči nemocnému (Vágnerová, 2012).

### 5.2. Pojem stigmatizace

Pojmem stigma odsuzuje daného jedince na základě některé z jeho vlastností. Lidé s duševním onemocněním jsou stigmatizováni v důsledku jejich diagnózy. Daného jedince lidé vnímají negativně, mají vůči němu předsudky a stále věří přetrvávajícím mýtům, které jsou s danou nemocí spojovány. Lidé s duševním onemocněním, kteří stigmatizaci pocítují, prožívají často pocity beznaděje, studu, úzkosti, viny, strachu apod. Tyto pocity jim poté zabraňují vyhledat odbornou pomoc, či pomoc ve svém sociálním okolí. A dále také může stigmatizace negativně ovlivňovat rozvoj duševního onemocnění.

Stigmatizací je míněn odmítavý postoj, který je vyjadřován společenským odstupem. Stigmatizace mění role a sociální status nemocného. Sociální status lidí s duševním onemocněním bývá nižší, než např. u lidí se somatickým onemocněním. Na předsudky vůči duševně nemocným má značný vliv nedostatečná informovanost veřejnosti o povaze duševních nemocí. I v nynější společnosti stále přetrvávají domněnky o tom, že lidé s duševním onemocněním jsou nebezpeční, líní, hloupí apod. a okolí jim to dává značným způsobem najevo. Tyto osoby se musejí vyrovnávat současně se dvěma utrpeními, jelikož jsou vedle vlastního onemocnění vystaveni ještě předsudkům ze strany veřejnosti. V důsledku tohoto jevu může docházet k ještě větší izolaci osob s duševním onemocněním, což zhoršuje jejich zdravotní stav<sup>2</sup>.

*„Na stigmatizaci se podílejí tři základní faktory: neznalost (chybění dostatečného povědomí o podstatě duševních poruch), předsudky (negativní postoje) a diskriminace (chování narušující nebo omezující práva a možnosti uplatnění jedince). Stigma působí na třech úrovních – veřejné (tj. jakým způsobem je stigmatizace projevována v dané společnosti, kultuře, médiích, každodenních zvycích a postojích), strukturální (institucionální, tj. na úrovni fungování*

---

<sup>2</sup> Cesty z labyrintu duševní nemoci



organizací, úřadů, zaměstnavatelů apod.) a osobní (tj. jak pacient hodnotí sám sebe).“  
(Livingston, Boyd, 2010, s. 251).<sup>3</sup>

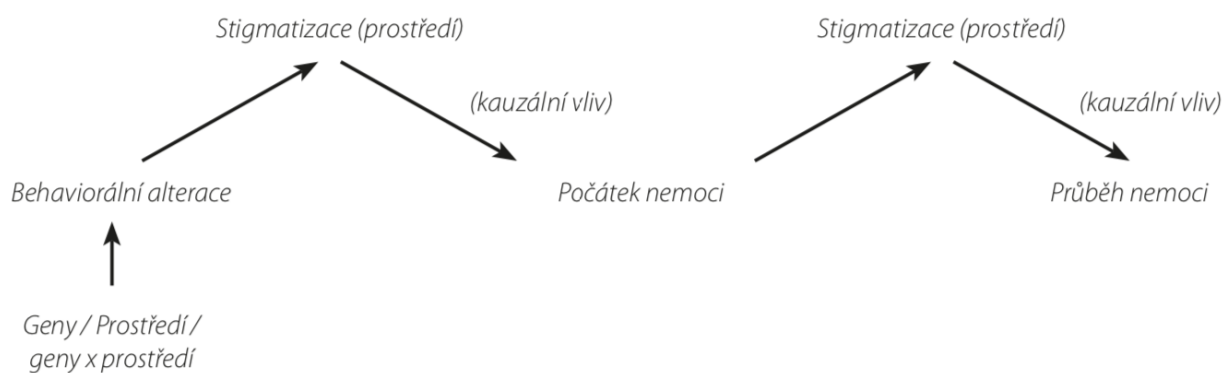
Tabulka 2- Vysvětlení pojmů týkajících se stigmatizace (Kol. autorů, 2014, s. 251).

<i><b>Pojem</b></i>	<i><b>Věřejné stigma</b></i>	<i><b>Strukturální stigma</b></i>	<i><b>Osobní stigma</b></i>	
<i><b>Hlavní projev / hlavní problém</b></i>	<i>Předsudky ve společnosti</i>	<i>Diskriminace psychicky nemocných a péče o ně</i>	<i>Zakoušené (prožívané) stigma ve vnímání, hodnocení a emocích</i>	
			<i>Vnímání objektivně přítomné diskriminace ze strany druhých a očekávání diskriminace ze strany druhých</i>	<i>Sebestigmatizace (internalizace stigmatu, zvnitřnění stigmatizujících postojů společnosti)</i>

<sup>3</sup>[http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2014\\_5\\_250\\_258.pdf?fbclid=IwAR3I2TbzRYy0JacXL26RK758NbUeOnUhuMotZp1dn sHGVF9wyrv1in2U3QA](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_5_250_258.pdf?fbclid=IwAR3I2TbzRYy0JacXL26RK758NbUeOnUhuMotZp1dn sHGVF9wyrv1in2U3QA)

<p><b>Příklady typických projevů</b></p>	<p><i>Mediální obraz psychicky nemocných Vtipy o psychiatrických pacientech Výchovné vlivy</i></p>	<p><i>Zákony Alokované prostředky Rezervovaný přístup k psychicky nemocným na úřadech, ve zdravotnictví Omezené možnosti čerpání zdravotní péče Přijímání a propouštění ze zaměstnání</i></p>	<p><i>Vnímání stigmatizace v chování druhých Interpretace chování druhých</i></p>	<p><i>Identifikace (ztotožnění se) s nálepkou duševně nemocného s přímým ovlivněním: – postoje k sobě samému (snížení sebevědomí a sebeúcty, pocity méněcennosti, ztráta vědomí vlastní hodnoty), – uplatnění v životě (vyhýbání se a izolace, ústup od realizace životních plánů, cílů).</i></p>
--	--	---	---	---

Obrázek 1- Model interakce zranitelnosti a stigmatizace na počátku a v průběhu nemoci (Kol. autorů, 2014, s. 252).



Stigmatizace a sebestigmatizace přispívá k zhoršování výsledků léčby. V jejím důsledku je těžší znovuzачlenění daných jedinců do běžného života. Klienti s duševním onemocněním, kteří stigmatizaci pociťují, či zažívají sebestigmatizaci, se stahují do sebe a cítí se bezcenní.

### 5.3. Postoj společnosti k lidem s duševním onemocněním

Ve společnosti přetrvávají předsudky, které vyplývají ze stereotypních pohledů na duševní onemocnění. Tyto stereotypy dostávají osoby s diagnózou schizofrenie do nepříznivé situace, jelikož je společnost označuje za nevypočitatelné. V důsledku tohoto jevu se nemocní dostávají do izolace. Pocit osamělosti dále utvrzuje ztráta zaměstnání a přátel a odloučení od rodiny v době, kdy dochází k psychiatrickým hospitalizacím. Ambivalentní přijetí může nastat také ze strany rodinných příslušníků. Ti mohou člena rodiny se schizofrenií ponižovat, odsuzovat, odmítat, kritizovat apod.

*„Negativní obraz pacientů se schizofrenií rovněž dotvářejí informace z médií, která používají stigmatizujících výrazů „šílenec“, „blázen“ nebo „psychicky narušený“, pokud se trestného činu dopustil jedinec s psychickou poruchou.“<sup>4</sup>*

### 5.4. Dopady duševního onemocnění na rodinu

Jak již bylo zmíněno výše, schizofrenie spadá do okruhu psychóz a toto onemocnění ovlivňuje jak samotného jedince, tak i jeho rodinu. Rozeznáváme dva negativní přístupy rodinných příslušníků k lidem s diagnózou schizofrenie. U prvního typu, vystavují členové rodiny nemocného kritickým připomínkám vůči jeho chování, které souvisí s duševním onemocněním. Rodina dává nemocnému najevo svou nespokojenost s jeho chováním. Může docházet k obviňování z lenosti. Reakce nemocného na kritiku jeho chování je pak buď útěková, jedinec se ještě více stáhne do ústraní, nebo může být podrážděný. U druhé varianty dochází k tzv. ochrannému jednání vůči nemocnému. K člověku s duševním onemocněním se rodinní příslušníci chovají jak k malému dítěti, jelikož jsou přesvědčeni, že oni vědí nejlépe co nemocný potřebuje. Ve většině případů rozhodují za nemocného. Toto jednání bývá myšleno v dobrém, ale i takto přehnané chování je pro nemocného škodlivé (Jarolímek, 2006).

### 5.5. Práva duševně nemocných

Stejně tak jako každý jiný člověk, i lidé s duševním onemocněním mají svá práva. Ta se však v některých ohledech liší od postavení ostatních nemocných, jelikož duševně nemocní nemohou za určitých okolností činit adekvátní rozhodnutí. Může také docházet ke konfliktu

---

<sup>4</sup>[http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2014\\_5\\_250\\_258.pdf?fbclid=IwAR3I2TbzRYy0JacXL26RK758NbUeOnUhuMotZp1dnsHGVF9wyrv1in2U3QA-](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_5_250_258.pdf?fbclid=IwAR3I2TbzRYy0JacXL26RK758NbUeOnUhuMotZp1dnsHGVF9wyrv1in2U3QA-) s. 253

s právními předpisy a společenskými normami. V důsledku psychiatrické diagnózy může dojít k poškození společnosti či vlastní osoby. Lidé s duševním onemocněním si nemusejí být plně vědomi svých práv nebo je v tom horším případě nechápou vůbec a ani nejsou schopni je uplatnit.

Práva všech lidí jsou zakotvena v Listině základních práv a svobod. Blíže specifikovaná práva duševně nemocných jsou obsažena v Deklaraci lidských práv duševně nemocných. U lidí s psychiatrickou diagnózou se musí brát hlavní zřetel na právo rovnoprávnosti a svobody, svobodu projevu, svobodu pohybu, právo na ochranu soukromí a svobodu informací o zdravotním stavu, nemoci a způsobu léčby. Za žádných okolností nesmí docházet k porušování lidské důstojnosti.

Někteří duševně nemocní se v důsledku své nemoci dopouštějí trestných činů. V tomto případě nastupují na řadu znalci v oboru psychiatrie, kteří hodnotí, zda byl daný jedinec v době spáchání trestného činu schopen rozpoznat společenskou nebezpečnost svého jednání a zda mohl toto jednání ovlivnit. Dále také existují zvláštní předpisy, které posuzují zdravotní způsobilost k řízení motorového vozidla, posouzení výkonu rodičovských práv a také možnost držení střelné zbraně (Malá, Pavlovský, 2002).

## 6. POTŘEBY OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Každý člověk má nějaké potřeby, které se snaží během života uspokojovat. Za tři základní potřeby v běžném životě můžeme považovat potřebu práce, potřebu bydlení a potřebu volného času. Tyto potřeby mají zdraví lidé a stejně tak i lidé s duševním onemocněním. V našich životech však může nastat okamžik, kdy člověk není schopen své potřeby dostatečně uspokojit. Máme zde hned několik důvodů, v důsledku kterých, k tomu může dojít. Jedním z nejzávažnějších důvodů je ztráta zdraví. Za ztrátu zdraví můžeme považovat právě i onemocnění duševní poruchou. V tomto případě může být nemocný odkázán na pomoc druhých lidí (v různé míře). Je tedy důležité vědět, jak moc člověku změna zdravotního stavu ztěžuje život a ve kterých oblastech života jsou následkem jejich diagnózy limitováni.

### 6.1. Potřeba práce

Pracovní uplatnění je pro lidi s duševním onemocněním velmi důležité. V souvislosti s diagnózou může nemocný ztrácet dosavadní pracovní uplatnění, s čímž také souvisí ztráta ekonomické aktivity. Současně může docházet ke změně role v rodině, jelikož se daný jedinec přesouvá z aktivní role do role pasivní, čímž se stává závislým na někom dalším. Některé ze závažných symptomů, jako např. dlouhodobá porucha pozornosti, emocí či porucha kognitivních funkcí, mohou způsobit částečnou nebo i úplnou ztrátu práce schopnosti. Na to, zda bude ztráta schopnosti uplatnit se na pracovním trhu dočasná či trvalá, má značný vliv průběh nemoci a její léčba (Probstová, 2005).

Ztráta práce je téměř pro každého člověka závažným problémem. Tím pádem se může duševní porucha spustit i u dosud zdravého člověka. Jedinec v danou chvíli pocítuje nedostatek seberealizace, pocit nepotřebnosti a posléze nastává pocit strachu. V důsledku nezaměstnanosti je člověk nedobrovolně vyloučen ze společnosti a sociálního dění a přechází do sociální izolace.

Právě pracovní uplatnění může být pro lidi s duševním onemocněním příležitostí, jak navázat nové kontakty mimo svou rodinu, a to jak přátelské, tak i partnerské. Pracovní uplatnění navozuje pocit svobody a brání sociální izolaci, jelikož se člověk dostane do kontaktu s jinými lidmi. V tomto momentě se stává jedinec také ekonomicky soběstačným, čímž může naplnit nejen své základní potřeby, ale také např. své záliby a koníčky. Pokud však poklesne zdraví daného jedince, současně s ním se také sníží jeho ekonomická činnost, s čímž ztrácí

ekonomickou jistotu a stává se závislým na dávkách státní sociální podpory. S tímto jevem nadále souvisí ztráta bydlení, nedostupnosti léků atd.

V tomto případě musí dojít buď ke zvýšení finanční podpory ze strany státu či umožnění duševně nemocným pracovat. Pokud by došlo k umožnění přístupu k zaměstnání, vedlo by to k celkovému zlepšení životních podmínek nemocného (Korr a Ford, 2003).

## 6.2. Potřeba bydlení

Potřeba bydlení je jedna z dalších základních lidských potřeb. Lidé s duševním onemocněním žijí v České republice v domácím prostředí, v psychiatrických nemocnicích, v chráněném bydlení nebo v domovech pro seniory.

Vždy záleží na zdravotním stavu jedince. Někteří jsou však i s psychiatrickou diagnózou schopni žít i nadále plnohodnotný život. Jsou samostatní a pracují na plný nebo částečný úvazek. Někteří pobírají dávky státní sociální podpory, ale i přesto jsou soběstační.

Avšak ne každý má takové štěstí, a tím pádem je část duševně nemocných odkázána na pomoc svého okolí. Jejich zdravotní stav se v důsledku nemoci postupně zásadně zhoršuje a musejí začít užívat medikaci. Také se již mohou ocitát v psychiatrických nemocnicích. U těchto osob dochází k hospitalizacím, které se střídají s pobytem v domácím prostředí (Probstová, 2005).

## 6.3. Potřeba volného času

Volný čas řadíme mezi poslední ze základních potřeb. Každý člověk tráví volný čas jinak. Někdo sportem, kulturou, cestováním, relaxací, četbou atd. Avšak veškerý náš volný čas slouží k regeneraci jak fyzických, tak psychických sil. Pokud je ale člověk z nějakého důvodu vyloučen ze společnosti právě z důvodu psychiatrické diagnózy, může dojít ke změně postoje využívání volného času. Sociální okolí může nemocného označovat za odlišného, čímž může dojít k sociální izolaci. Zde však dochází k problematice nadměrného množství volného času, který nemůže duševně nemocný aktivně využívat. Lidé s duševním onemocněním mají totiž v důsledku své diagnózy ještě více volného času nežli zdraví jedinci, protože jsou invalidní. Naštěstí existují zařízení pro osoby s duševním onemocněním, kde mohou smysluplně trávit volný čas s lidmi s podobným onemocněním. Tyto zařízení se snaží vést lidi s psychiatrickou diagnózou k samostatnosti a pokoušejí se je začlenit zpět do plnohodnotného života (Probstová, 2005).

## 7. Péče o duševně nemocné

Pro klienty s psychotickým onemocněním vzniká v posledních letech stále více zařízení, která se zaměřují na návaznou péči. Lidé s duševním onemocněním mají možnost získat podporované zaměstnání či chráněné bydlení a díky tomu mají příležitost se osamostatnit. Asi nejznámější organizací zajišťující tyto služby je Sdružení pro péči o duševně nemocné Fokus. Každoročně jsou pořádány akce na podporu vzájemné komunikace mezi lidmi s duševním onemocněním a laickou veřejností. Tyto události probíhají např. skrze kulturní akci Mezi ploty (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006).

Jak již bylo zmíněno výše, při práci s lidmi s duševním onemocněním, jim je poskytováno tzv. chráněné bydlení. Pro klienty to může být v jejich osobním životě velkým přínosem. V tomto typu bydlení je klientům poskytována pomoc a podpora při jejich náročné životní situaci. Mají zde možnost nácviku dovedností a přípravy na běžný život. Skrze tuto pobytovou službu je lidem s dlouhodobým duševním onemocněním nabídnuta možnost téměř běžného bydlení.

### 7.1. Systém psychiatrické péče o osoby s duševním onemocněním

Psychiatrická péče se dělí na ambulantní, lůžkovou a komunitní.

#### 7.1.1. Psychiatrická péče

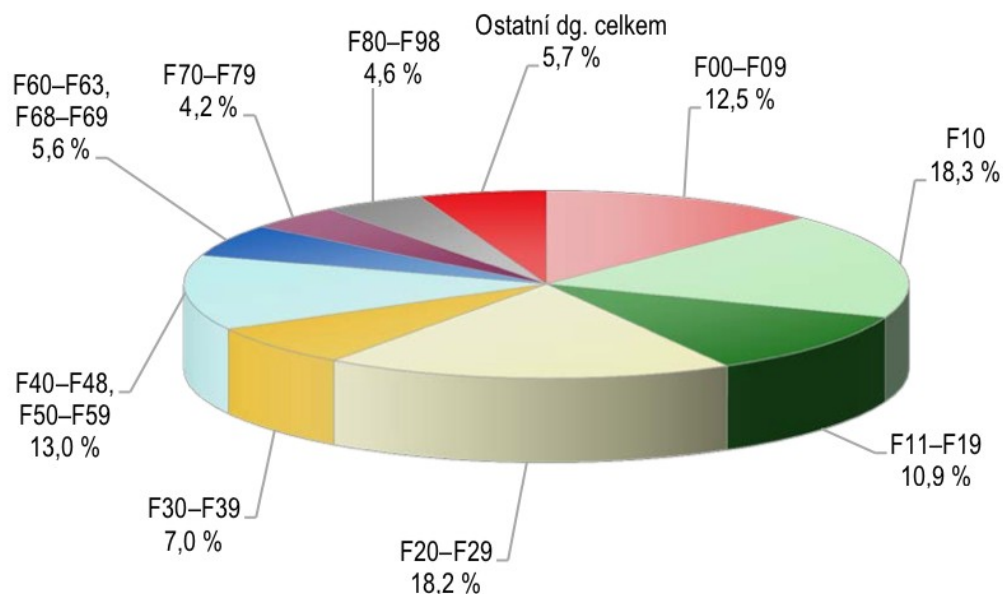
Systém psychiatrické péče v České republice je zatím stále ještě založen převážně na institucionálním principu, což znamená, že se péče o duševně nemocné odehrává především v psychiatrických nemocnicích, na psychiatrických odděleních nemocnic nebo u ambulantních lékařů. Tento charakter psychiatrické péče vzniká v důsledku absence léčby, která by mohla probíhat v přirozeném prostředí klienta. Dále je také nedostatek služeb mezi hospitalizací a ambulantním léčením. Nedostatky jsou v provázanosti mezi zdravotní a sociální péčí. Konzervativní charakter péče způsobuje izolaci klienta od jeho nejbližšího okolí. Tento způsob péče je však jednostranný, pouze biologický, jelikož jsou klientovi poskytována pouze psychofarmaka. Nejsou však uspokojovány všechny úrovně (bio-psycho- sociální), které již moderní psychiatrická péče vyžaduje (Gabriel, 2012).

Dříve nebo později potřebuje každý člověk s duševním onemocněním odbornou pomoc. Samozřejmě je nejlepší vyhledat pomoc co nejdříve, jelikož je mu rychleji poskytnuta odborná pomoc a člověk může snáze porozumět tomu, co se s ním děje. Odbornou pomoc poskytují

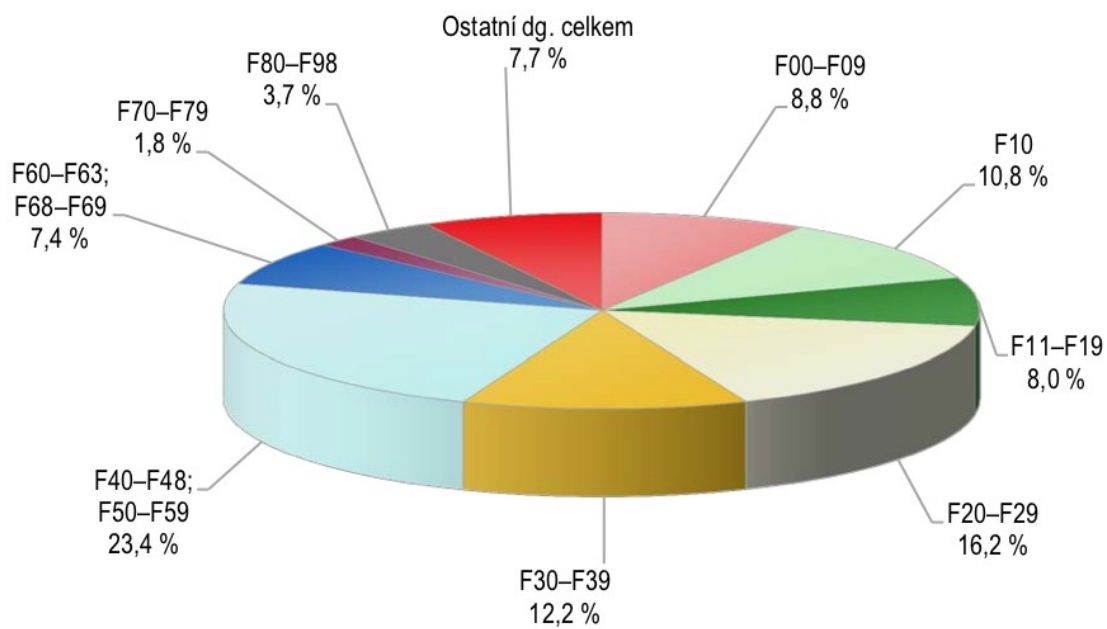
specialisté, sociální pracovníci, různá zařízení a organizace, které poskytují určité druhy služeb. Za nejdůležitější moment v systému péče o lidi s psychiatrickou diagnózou můžeme považovat první kontakt s klientem. Klient vyhledává pomoc sám, či je zprostředkována členy jeho rodiny, přáteli nebo i odborníky (Mahrová, Venglářová, 2008).



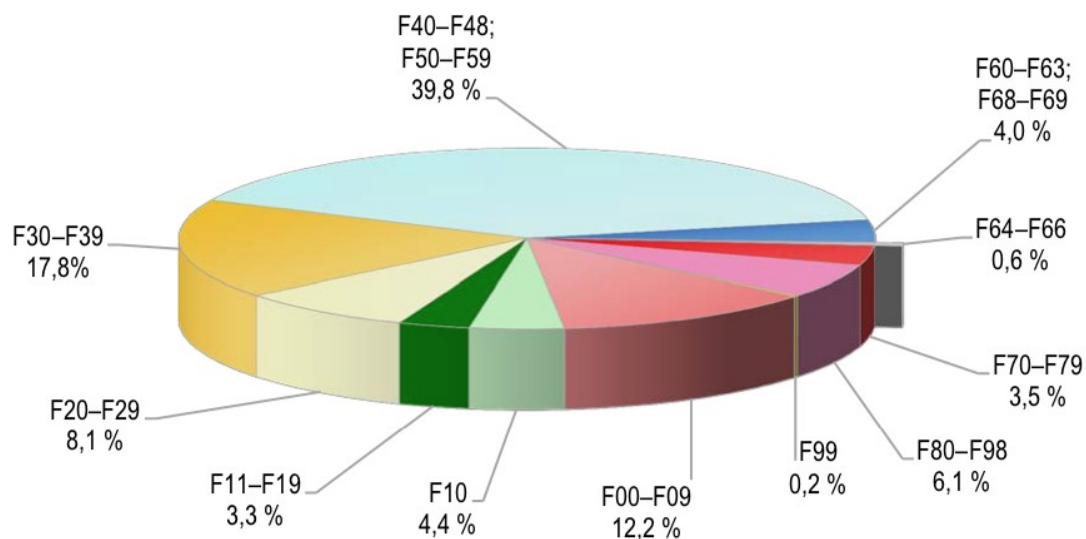
Obrázek 2- -Struktura hospitalizací v psychiatrických léčebnách podle skupin psychiatrických diagnóz (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018, s. 28).



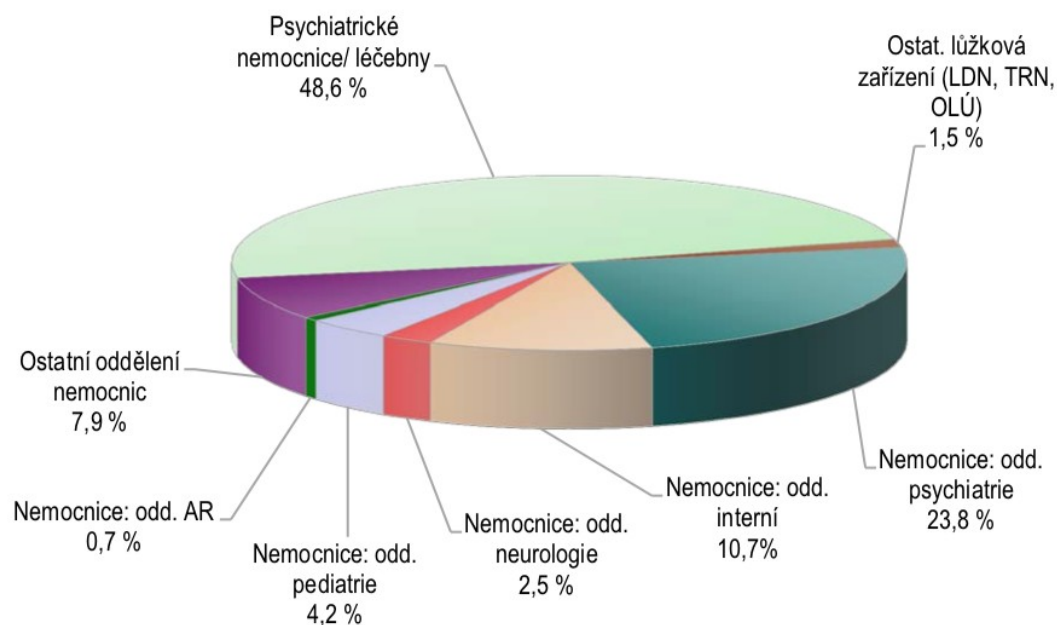
Obrázek 3- Struktura hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic podle skupin psychiatrických diagnóz (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018, s. 28).



Obrázek 4- Struktura léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018, s. 29).



Obrázek 5- Počet hospitalizací ve všech zdravotnických lůžkových zařízeních se základní diagnózou F00-F99 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018, s. 29).



### 7.1.2. Ambulantní psychiatrická péče

Tento typ zdravotní péče je určen lidem, kteří docházejí pravidelně k psychiatrovi. Ambulantní psychiatrická péče je určena těm, kdo nepotřebují hospitalizaci či přijetí klienta na lůžko. Pro duševně nemocné jsou k dispozici ambulantní psychiatři, psychoterapeuti či psychologové. Ambulantní péče má dlouhodobější charakter, proto by měl lékař znát sociální a zdravotní prostředí klienta a být s ním v interakci.

Závažným problémem je však nedostatek času na pacienty v ambulantní péči, jelikož mají ambulantní psychiatři velký počet pacientů. Pokud by se ambulantní péče rozšířila, mohlo by dojít k redukci hospitalizací a současně ke zvýšení kvality života lidí s psychiatrickou diagnózou. V současné době psychiatrických ambulancí již postupně přibývá. V roce 2018 bylo v České republice registrováno celkem 1049 ambulantních oddělení (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018).

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, který se zabývá psychiatrickou péčí, uvádí:

- *Celkem bylo na odděleních a pracovištích psychiatrie v roce 2018 provedeno 2 969 tisíc vyšetření-ošetření.*
- *Stejně jako v předešlých letech i v roce 2018 vyhledaly psychiatrickou péči častěji ženy než muži. Jejich podíl na celkovém počtu vyšetření i na počtu pacientů je dlouhodobě přibližně 60 %.*
- *Nejčastějšími diagnózami, pro které byli ošetřeni pacienti v psychiatrických ordinacích, byly stejně jako v předešlých letech neurotické poruchy (40 % z celkového počtu léčených pacientů) a afektivní poruchy (18 %). Dalšími častými poruchami, které byly u pacientů diagnostikovány, byly organické duševní poruchy (12%), schizofrenie (8 %) a poruchy vyvolané návykovými látkami (8 %).<sup>5</sup>*

---

<sup>5</sup> <https://www.uzis.cz/res/f/008308/psych2018.pdf> s. 13

Tabulka 3- Vývoj sítě ambulantních psychiatrických zařízení (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018, s. 38).

Rok	Ambulantní psychiatrická oddělení				Záchytné stanice		
	počet oddělení	z toho počet oddělení poskytujících péči AT pacientům <sup>1)</sup>	počet lékařských míst		počet stanic	počet míst	počet ošetřených osob
			přepočtené počty (absolutně)	na 100 000 obyvatel			
1996	799	233	510,92	4,96	19	139	9 363
1997	757	267	563,92	5,48	20	186	10 719
1998	759	275	560,12	5,44	19	176	12 616
1999	755	307	576,84	5,61	18	187	11 439
2000	761	320	587,84	5,73	18	185	14 748
2001	788	330	608,35	5,96	16	163	13 763
2002	814	342	620,45	6,08	16	160	13 877
2003	846	368	656,35	6,43	17	167	12 997
2004	897	382	696,75	6,82	15	160	16 568
2005	912	401	707,68	6,90	15	158	15 207
2006	923	388	708,36	6,89	14	144	22 441
2007	954	372	713,91	6,88	14	140	27 806
2008	967	357	737,76	7,05	14	140	27 505
2009	992	355	762,54	7,27	14	137	27 664
2010	981	453	763,09	7,24	16	157	30 487
2011	1 004	454	782,20	7,47	17	152	26 807
2012	1 015	416	788,71	7,50	17	152	28 469
2013	1 028	488	806,24	7,67	17	153	23 018
2014	.	.	.	.	17	161	23 903
2015	1 137	447	875,39	8,30	18	164	21 722
2016	1 203	474	1 020,26	9,66	18	171	21 577
2017	1 200	491	940,45	8,88	18	167	21 939
<b>2018</b>	<b>1 163</b>	<b>450</b>	<b>999,67</b>	<b>9,41</b>	<b>18</b>	<b>168</b>	<b>20 897</b>

Tabulka 4- Počet léčených pacientů podle vybraných diagnóz, pohlaví a věkových skupin a počet nově zjištěných onemocnění podle vybraných diagnóz v ambulantních psychiatrických zařízeních (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018, s. 41).

Vybrané diagnózy	Celkem	z toho v procentech				z toho nově zjištěná onemocnění
		ženy	0–14 let	15–19 let	20 let a více	
organické duševní poruchy (F00-F09)	<b>77 305</b>	62,9	0,2	0,2	99,7	18 794
z toho demence u Alzheimerovy nemoci (F00)	<b>17 404</b>	65,4	-	-	100,0	4 274
ostatní demence (F01-F03)	<b>23 064</b>	65,7	0,0	0,1	99,9	6 271
poruchy vyvolané alkoholem (F10)	<b>27 702</b>	35,9	0,2	0,9	98,9	6 061
poruchy vyvolané ostatními psychoaktivními látkami (F11–F19)	<b>21 052</b>	34,6	2,0	6,9	91,1	4 320
schizofrenie (F20–F29)	<b>51 741</b>	53,3	0,2	1,2	98,6	5 660
afektivní poruchy (F30–F39)	<b>113 172</b>	67,3	0,7	1,8	97,5	17 444
neurotické poruchy (F40–F48, F50–F59)	<b>252 564</b>	68,1	1,9	3,6	94,5	54 776
z toho poruchy příjmu potravy (F50)	<b>3 859</b>	91,3	12,4	32,7	55,0	1 393
sexuální dysfunkce (F52)	<b>8 432</b>	20,6	0,2	1,8	98,0	3 308
poruchy osobnosti (F60–F63, F68–F69)	<b>25 621</b>	52,2	0,6	5,1	94,2	5 169
z toho patologické hráčství (F63.0)	<b>1 032</b>	16,3	3,5	5,9	90,6	483
sexuální poruchy/deviace (F64–F66)	<b>3 628</b>	25,0	2,0	14,4	83,6	1 210
mentální retardace (F70–F79)	<b>22 393</b>	44,6	14,4	9,4	76,3	2 972
vývojové poruchy v dětství a adolescenci (F80–F98)	<b>38 528</b>	29,6	72,2	22,5	5,3	9 764
neurčená duševní porucha (F99)	<b>1 314</b>	55,9	4,9	6,5	88,7	614
neploďnost (N46,N97)	<b>726</b>	22,5	0,1	10,7	89,1	616
vývojové poruchy mužských pohlavních orgánů (Q53–Q55)	<b>21</b>	x	4,8	28,6	66,7	-

### 7.1.3. Lůžková psychiatrická péče

Lůžková psychiatrická péče je poskytována v psychiatrických nemocnicích/léčebnách a na psychiatrických odděleních nemocnic, kde jsou psychiatrická lůžková oddělení.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, uvádí:

- *V roce 2018 byl počet psychiatrických oddělení nemocnic zajišťujících psychiatrickou péči v počtu 32 oddělení s 1 317 lůžky. Dále psychiatrickou péči zajišťovalo 19 psychiatrických nemocnic/léčeben pro dospělé s 8 684 lůžky a 3 psychiatrické nemocnice/léčebny pro děti s 210 lůžky.*
- *Hospitalizací pro poruchy duševní a poruchy chování bylo v roce 2018 zaznamenáno v psychiatrických lůžkových zařízeních celkem 58 667.*
- *Nejčtenější skupinou diagnóz, pro kterou byli pacienti hospitalizováni byly poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (dg. F10–F19), a to více než čtvrtina z celkového počtu hospitalizací (14 985 hospitalizací). Dalšími častými příčinami hospitalizace byla léčba schizofrenie, poruch schizotypálních a poruch s bludy (dg. F20–F29), necelá pětina z celkového počtu hospitalizací (10 291 hospitalizací), a neurotické, stresové, somatoformní poruchy, syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (dg. F40–F48 a F50–F59), a to 17 %, tj. 9 747 hospitalizací.*
- *Průměrná ošetrovací doba v psychiatrických lůžkových zařízeních dosáhla 57,1 dne. Na psychiatrických odděleních nemocnic byla průměrná ošetrovací doba 16,1 dne a v psychiatrických léčebnách 79,4 dne.*
- *Více než 100 dnů pobytu průměrně vyžadovala hospitalizace pro schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (dg. F20– F29).<sup>6</sup>*

---

<sup>6</sup> <https://www.uzis.cz/res/f/008308/psych2018.pdf> s. 15

Tabulka 5- Vývoj sítě psychiatrických lůžkových zařízení- psychiatrické nemocnice/léčebny ((Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018, s. 34).

Rok	Psychiatrické léčebny pro dospělé				Psychiatrické léčebny pro děti		
	počet zařízení	počet lůžek	z toho lůžka na odděleních/pracovištích pro léčbu AT pacientů	počet lékařských míst	počet zařízení	počet lůžek	počet lékařských míst
1997	16	9 781	.	422,63	5	405	19,49
1998	16	9 701	.	433,11	4	358	13,95
1999	16	9 649	.	441,16	4	358	15,19
2000	17	9 717	.	440,46	4	358	14,99
2001	17	9 771	.	451,67	4	368	9,69
2002	17	9 677	1 194	453,04	4	368	11,80
2003	17	9 609	1 275	475,52	4	368	11,62
2004	17	9 583	1 266	480,42	4	368	14,53
2005	17	9 538	1 316	496,38	3	320	13,94
2006	17	9 442	1 347	525,44	3	320	14,39
2007	16	9 307	1 347	488,46	3	320	13,72
2008	16	9 240	1 319	503,29	3	300	11,24
2009	17	9 207	1 330	499,61	3	260	15,02
2010	17	9 058	1 314	502,50	3	260	14,87
2011	18	8 994	1 305	526,27	3	260	15,87
2012	18	8 847	1 315	528,27	3	250	14,25
2013	18	8 606	1 368	524,16	3	250	15,36
2014	18	8 582	1 365	529,31	3	250	15,19
2015	18	8 583	1 267	519,36	3	250	16,45
2016	18	8 741	.	523,71	3	230	14,82
2017	18	8 709	.	529,10	3	210	19,28
<b>2018</b>	<b>19</b>	<b>8 684</b>	.	<b>524,74</b>	<b>3</b>	<b>210</b>	<b>21,82</b>

#### 7.1.4. Komunitní psychiatrická péče

Jedná se o rozsáhlý soubor služeb, zařízení a programů, které se zaměřují na pomoc lidem s psychiatrickou diagnózou. Komunitní psychiatrická péče se snaží přiblížit život nemocných co nejvíce k běžnému životu zdravých lidí, čímž dojde k uspokojení psychologické, zdravotní a současně sociální potřeby (Pěč, 2014).

Výhoda komunitní péče spočívá v tom, že se odehrává v přirozeném prostředí klienta. Péče je zaměřena na síť vztahů, kterými je jedinec obklopen a do kterých je zapojen. Hlavním pojmem, se kterým se ve spojitosti s komunitní péčí setkáváme, je pojem deinstitucionalizace. Zde jde o redukci velkých psychiatrických léčeben a snaha o to, aby se alespoň z části proměnily v komunitní služby. Jsou utvářeny komunitní týmy duševního zdraví, které se specifikují na konkrétní demografickou oblast, ve které působí. V současné době jde do popředí ještě novější koncept, kterému se říká vyvážená péče, ve kterém jde o zapojení do systému péče více odborníků jako např. „*praktičtí lékaři, specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, krizové služby a denní stacionáře, rezidenční péče v komunitě, služby psychiatrické rehabilitace*“ (Pěč, 2014<sup>7</sup>).

#### 7.2. Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním

Sociální služby se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tyto služby se skládají ze tří základních druhů, kterými jsou sociálního poradenství, sociální prevence a sociální péče.

##### 7.2.1. Sociální poradenství

Za hlavní cíl sociálního poradenství je považováno poskytování potřebných informací, jež přispívají k řešení nepříznivé situace klienta. Prostřednictvím poskytnutí informací se snaží danou nepříznivou životní událost překlenout či vyřešit. Sociální poradenství dělíme na základní sociální poradenství a na odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství mají povinnost poskytovat všichni poskytovatelé sociálních služeb. Kdežto odborné sociální poradenství poskytují již specializované poradny, které se konkrétně zaměřují na určité cílové skupiny. Osobám s duševním onemocněním jsou poskytnuty manželské a rodinné poradny,

---

<sup>7</sup> [https://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=200&Itemid%20=106](https://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=200&Itemid%20=106)



poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, občanské poradny, poradny pro seniory atd. (Vrtišková, 2009).

#### 7.2.2. Sociální prevence

Sociální prevence se snaží minimalizovat či úplně zabránit sociálnímu vyloučení osob. Napomáhají překonat nepříznivou situaci klienta a současně chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Služba sociální prevence má různé formy pomoci. Osobami s duševním onemocněním jsou nejčastěji využívány např. sociálně aktivizační služby pro seniory, sociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity apod. (Vrtišková, 2009).

#### 7.2.3. Sociální péče

Tento typ služeb napomáhá klientům zajistit fyzickou i psychickou soběstačnost. Cílem sociální péče je umožnit daným osobám co nejvyšší možnou míru zapojení do běžného života ve společnosti. Duševně nemocní využívají např. centra denních služeb, tísňovou péči, pečovatelskou službu, chráněné bydlení, domovy pro seniory atp. (Vrtišková, 2009).

#### 7.2.4. Cíle sociálních služeb

Sociální služby by měly být klientovi nápomocny k tomu, aby byl daný jedinec schopen řešit svou nepříznivou sociální situaci. Nepříznivou sociální situací je míněno oslabení či ztráta schopností. Poskytování sociálních služeb stojí na základě zachování lidské důstojnosti a jsou přizpůsobeny individuálním potřebám klientů a současně by měly působit aktivizačně. Jedná se o služby, které podporují rozvoj samostatnosti klientů a snaží se, aby nedocházelo k prohlubování jejich nepříznivé sociální situace (Matoušek aj., 2011).

### 7.3. Organizace zabývající se duševním onemocněním

FOKUS je nezisková organizace, která patří mezi první zařízení v České republice, která se zaměřuje na péči o lidi s duševním onemocněním. Jedná se o komplexní komunitní péči. Tato organizace poskytuje sociální a zdravotní služby v neústavním zařízení. FOKUS se snaží o to, aby mohli klienti žít plnohodnotný a kvalitní život. Tato organizace se také podílí na reformě péče

o duševní zdraví a poskytuje vzdělání odborné i laické veřejnosti. Současně podniká v sociálních firmách, aby vytvořili smysluplné pracovní podmínky pro duševně nemocné<sup>8</sup>.

ESET-HELP poskytuje péči o duševní zdraví a současně se ho snaží rozvíjet. Podporuje klienty ve znovuzískání psychické, zdravotní a sociální stability. Současně se snaží rozšířit možnosti a dovednosti klientů a tím překonat jejich nepříznivý stav. Služby jsou orientované směrem k přirozenému prostředí daného jedince a snaží se docílit toho, aby klienti dokázali vést plnohodnotný a spokojený život<sup>9</sup>.

ČESKÁ ASOCIACE PRO PSYCHICKÉ ZDRAVÍ se snaží podporovat komunitní přístup k duševně nemocným, utváří a podporuje politiku, která se zasazuje o ochranu duševního zdraví, poskytuje osvětu a vzdělávací činnost a hájí zájmy svých členů<sup>10</sup>.

SPOLEK KOLUMBUS sdružuje osoby se zkušeností se službami péče o duševní zdraví. Jeho cílem je zlepšení péče v psychiatrických nemocnicích, dále se snaží rozvíjet komunitní péči a také se snaží podílet na změnách zákona v oblasti duševního zdraví. Poskytuje přednášky a osvětu jak pro odbornou, tak i laickou veřejnost, poskytuje poradenskou činnost, hájí práva lidí s duševním onemocněním, účastní se na konferencích a seminářích na téma psychiatrie apod.<sup>11</sup>

GREEN DOORS je nestátní nezisková organizace, který se zabývá lidmi s duševním onemocněním. Snaží se klienty podporovat v překonání krize způsobené tímto onemocněním. Podporuje komunitní život se sociálními službami. Podporuje klienty, aby se znovu zapojili do práce a integrovali do společnosti. Současně se snaží přispívat k destigmatizaci duševního onemocnění<sup>12</sup>.

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ je nezisková organizace, která se zabývá přesunem péče o duševní zdraví do komunity. Podporuje zavádění peer konzultantů jako plnohodnotných členů profesionálních multidisciplinárních týmů. Peer konzultanty zapojují v lůžkových i komunitních službách péče o duševní zdraví. Dále poskytují vzdělávací kurzy pro sociální pracovníky a zdravotníky<sup>13</sup>.

---

<sup>8</sup> <https://www.fokus-cr.cz/index.php>

<sup>9</sup> <http://www.esethelp.cz>

<sup>10</sup> <http://capz-esprit.sweb.cz/new/index.html>

<sup>11</sup> <https://www.spolekkolumbus.cz/cs/>

<sup>12</sup> <https://www.greendoors.cz/cs/homepage/>

<sup>13</sup> <http://www.cmhd.cz/centrum/uvod/>

## Praktická část

### 8. Cíl práce a výzkumné otázky

Hlavním cílem praktické části diplomové práce je zjistit, zda se odlišují znalosti a zkušenosti studentů a absolventů vysokých škol, různých studijních oborů ohledně tématu duševního onemocnění. Hlavní výzkumnou otázku jsem si položila takto: **Mají studenti pomáhajících profesí nejvíce znalostí na téma duševní onemocnění? Mají současně také nejvíce zkušeností s tímto typem onemocnění? A jsou vůči lidem s psychiatrickou diagnózou tolerantnější?**

Mým předpokladem je, že studenti připravující se na pomáhající profese budou mít mnohem méně předsudků, vůči lidem s psychiatrickou diagnózou, jelikož se ve své profesi s těmito lidmi spíše setkávají a současně již během studia na vysoké škole získali vhled do této problematiky. Následně po nich budou studenti pedagogiky/speciální pedagogiky a nejvíce se budou držet stigma studenti technických oborů, jelikož se profesně třeba nikdy s lidmi s duševním onemocněním nemuseli setkat a současně ani během studia nemají předměty, specifikující se na téma duševní onemocnění. Je zde však další prvek, tím je osobní zkušenost s duševním onemocněním, který by mohl mou výzkumnou otázku značně ovlivnit.

Pomocí dotazníkového šetření bych chtěla zjistit, zda se liší informovanost studentů pomáhajících profesí, pedagogiky/speciální pedagogiky a studentů technických oborů, ohledně tématu duševního onemocnění, s hlavním zaměřením na schizofrenii.

## 9. Metody výzkumného šetření

Ve své diplomové práci jsem zvolila pro sběr a analýzu dat kvantitativní výzkum. Data jsem získala prostřednictvím anonymního strukturovaného online dotazníku. Cílovou skupinou respondentů jsou studenti a absolventi vysokých škol z oborů: sociální práce, psychologie, psychiatrie, zdravotní sestra, lékař, pedagogika/speciální pedagogika a technické obory. Tyto obory jsem rozdělila do tří podskupin. V první skupině jsou studenti z pomáhajících profesí (sociální práce, psychologie, psychiatrie, zdravotní sestra, lékař), do druhé skupiny jsem zařadila studenty pedagogiky/speciální pedagogiky a do třetí skupiny studenty navštěvující technické obory.

Získaná data mi pomohla odpovědět na mé výzkumné otázky.

### 9.1. Struktura dotazníku

Sestavila jsem dotazník, který obsahuje 40 otázek. Ty jsou zaměřeny na duševní onemocnění a některé z nich jsou konkretizovány přímo na téma schizofrenie. V dotazníku jsem použila otevřené, polootevřené i uzavřené otázky. V úvodu dotazníku seznamuji respondenty s tématem výzkumu a apeluji na anonymitu sbíraných dat. Následují již konkrétní otázky, které jsem rozdělila do čtyř skupin.

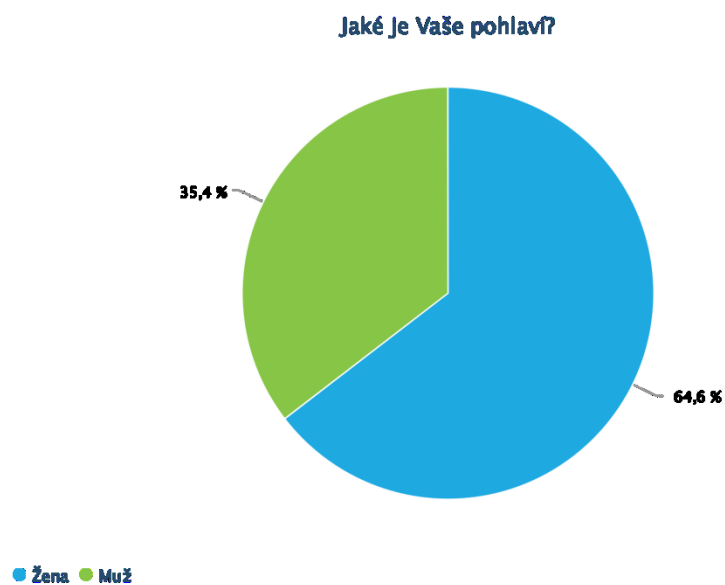
1. skupina: demografické údaje respondentů
  - otázky č. 1-8
2. skupina: vlastní zkušenost a názory vztahující se k lidem s duševním onemocněním (česká verze dotazníku RIBS)
  - otázky č. 9-16
3. skupina: názory zastávající společnosti (česká verze dotazníku CAMI)
  - otázky č. 17-33
4. skupina: otázky zaměřené konkrétně na schizofrenii
  - otázky č. 34-40

## 9.2. Zpracování získaných dat

Získaná data z dotazníku ze stránky survio.com jsem ve svém výzkumu znázornila pomocí grafů. Koláčové grafy jsem použila přímo ze stránky survio.com a grafy sloupcové, jsem vytvořila v počítačovém programu Microsoft Office Excel. Rozdělila jsem si respondenty dle studijního oboru, jelikož právě na toto kritérium jsem se v mém výzkumu primárně zaměřila. U otázek 1-6 jsem použila pouze koláčový graf, jedná se o demografické otázky, které jsou ve výzkumu uvedeny spíše pro zajímavost. Akorát otázka č. 5 slouží k rozložení studentů dle studijních oborů. U otázek 7-40 jsem znázornila odpovědi všech respondentů současně (bez ohledu na typ studijního oboru) do koláčových grafů a následně dle oboru studia do grafů sloupcových. Číselné údaje jsou udávány v procentech.

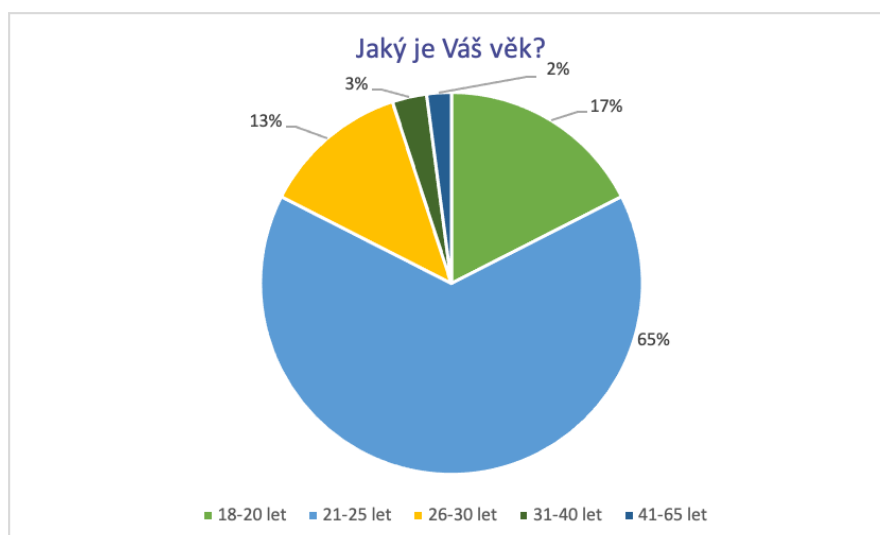
## 10. Identifikační údaje respondentů

*Graf 1- otázka č. 1 (odpovědi všech tří skupin)*



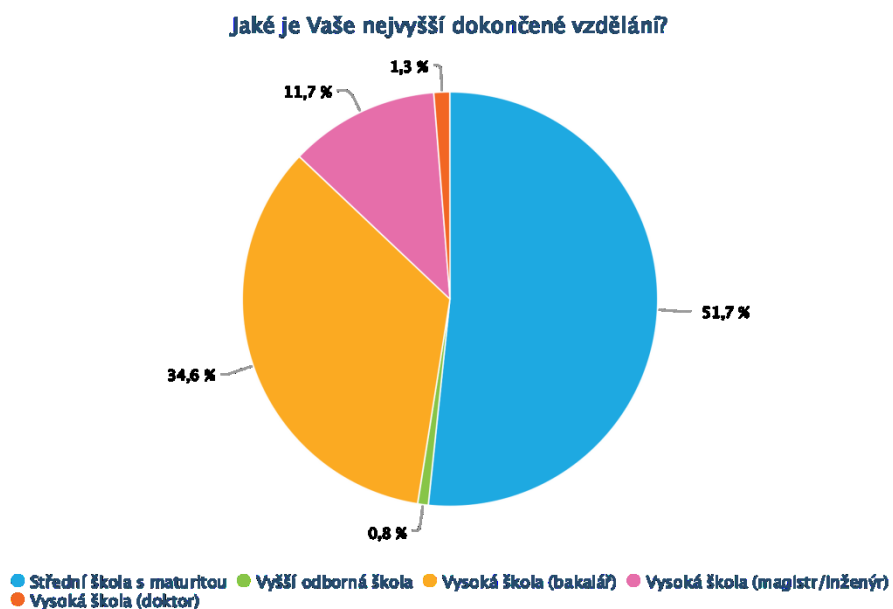
První identifikační otázkou v dotazníku jsem se doptávala na pohlaví respondentů. Z celkového počtu 240 dotazovaných je 155 žen a 85 mužů.

Graf 2- otázka č. 2 (odpovědi všech tří skupin)



Ve druhé otázce jsem zjišťovala věk respondentů. Výzkumu se účastnili studenti a absolventi vysokých škol ve věku 18-65 let. Nejpočetnější skupinou byli respondenti ve věku 21-25 let, celkem sčítali 65% z celkového počtu. Druhou nejpočetnější skupinu zastali dotazovaní ve věkovém rozmezí 18-20 let, čímž činili 17% z celku. Třetí příčku obsadili respondenti ve věku 26-30 let, v součtu jich bylo 13%. Skupina ve věku 31-40 zastala pouze 3% a do poslední věkové skupiny 41-65 let spadají 2% dotazovaných.

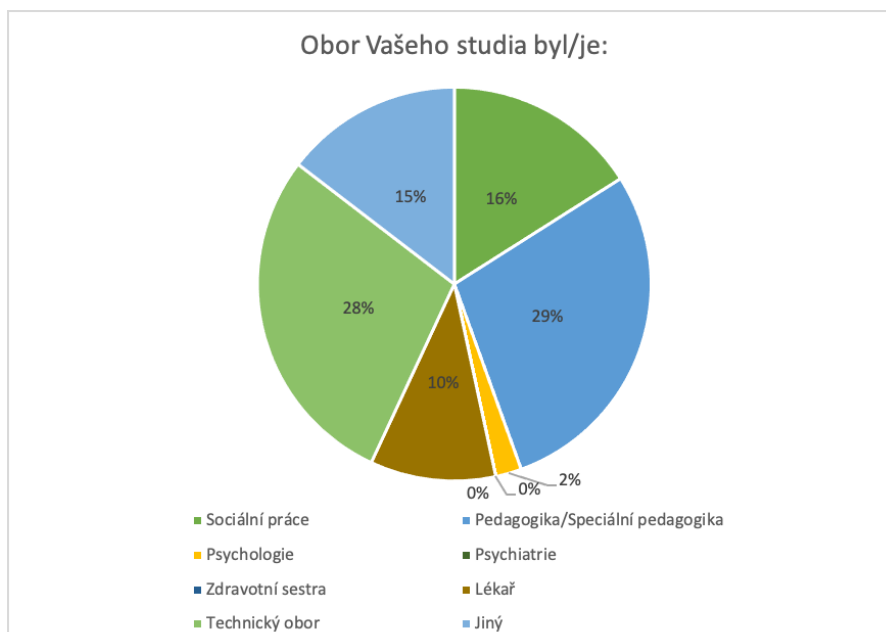
Graf 3- otázka č. 3 (odpovědi všech tří skupin)



Nejvyšší dokončené vzdělání 51,7% dotazovaných byla střední škola s maturitou. Bakalářské studium mělo dokončeno 34,6% respondentů. Vysokou školu magistra/inženýra mělo vystudováno 11,7% studentů. Doktorské studium ukončilo 1,3% a zbylých 0,8% zastávali absolventi vyšších odborných škol.

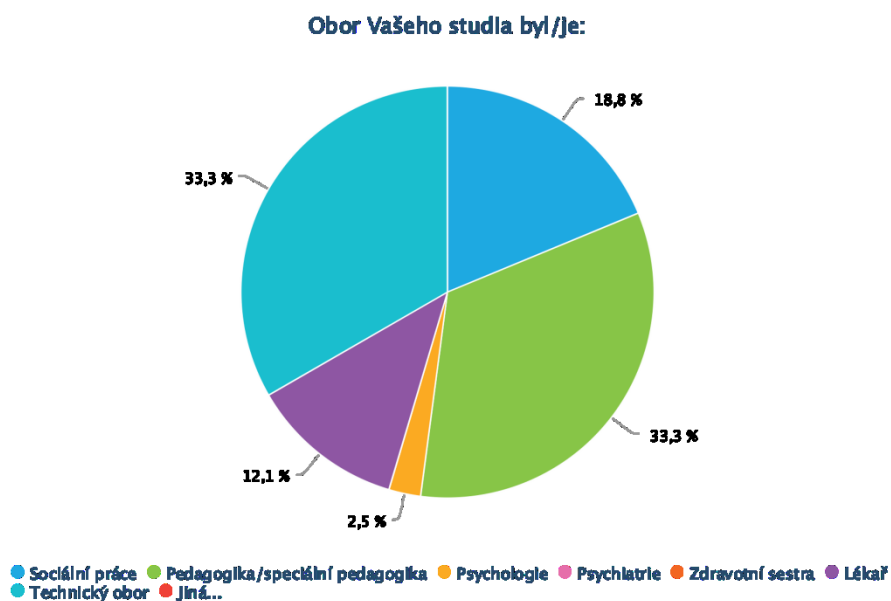


Graf 4- otázka č. 4 (odpovědi všech tří skupin)



Z původního celkového počtu 281 dotazovaných, jsem musela 41 vyřadit z mého výzkumu, jelikož v otázce č. 4 zaškrtnuli odpověď JINÁ. Čímž byli automaticky vyloučeni ze šetření, jelikož byl výzkum zaměřen pouze na studenty sociální práce, pedagogiky/speciální pedagogiky, psychologie, psychiatrie, zdravotní sestry, lékaře a na studenty technických oborů. Z vybraných dotazníků jsem tedy vyřadila 15% dotazníků, které mé podmínky nesplňovaly.

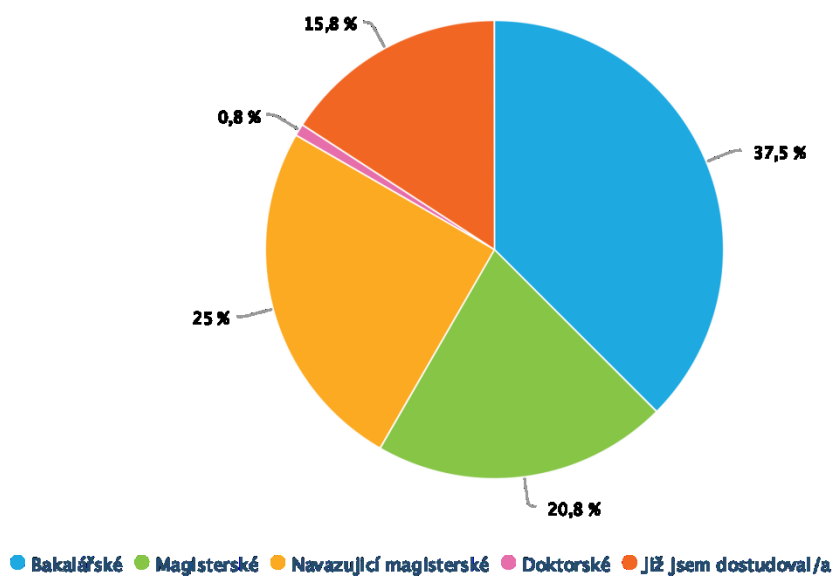
Graf 5- otázka č. 4 (odpovědi všech tří skupin)



Tento graf se vztahuje ke stejné otázce jako ten předchozí. Rozdíl je však v tom, že je zde již znázorněno pouze 240 respondentů, se kterými jsem pracovala i nadále po celý zbytek výzkumu. Z každé ze tří skupin (pomáhající profese, pedagogika/speciální pedagogika a technické obory), zastává každá stejný poměr, což činí 33,3%. Z každé skupiny jsem pracovala s dotazníky od 80 respondentů, aby se daly výsledky porovnávat.

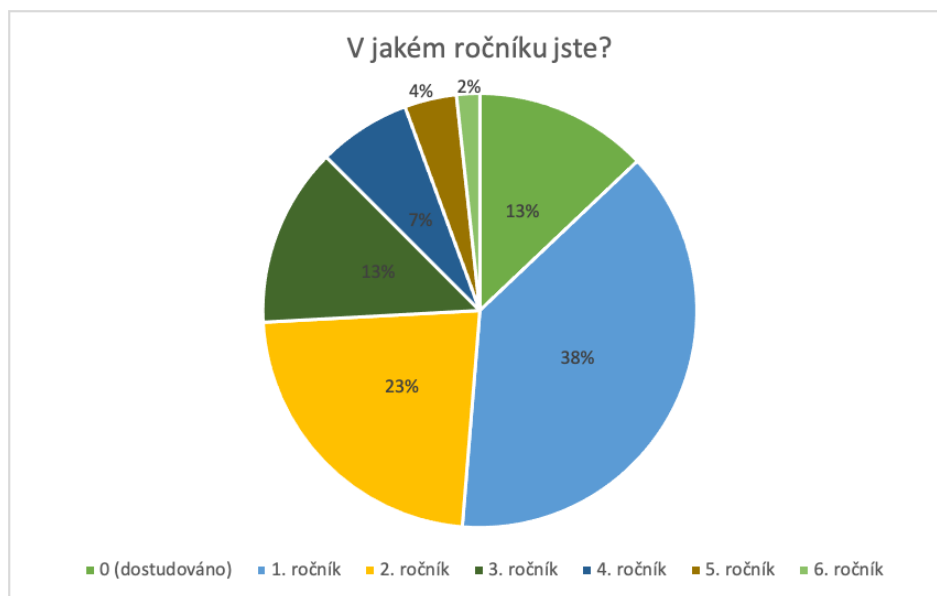
Graf 6- otázka č. 5 (odpovědi všech tří skupin)

**Jaký typ studia současně navštěvujete?**



Dotazovaní v době výzkumu nejčastěji studovali v bakalářském cyklu (37,5%). Druhým nejčastějším typem studia bylo magisterské, které činilo 20,8% a následně navazující magisterské 25%. V procentuálním zastoupení 15,8% již dostudovalo a pouze 0,8% dotazovaných navštěvovala doktorské studium.

Graf 7- otázka č. 6 (odpovědi všech tří skupin)

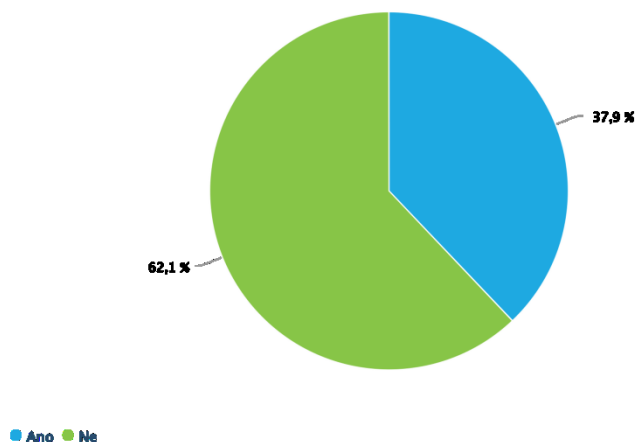


Nejvíce respondentů navštěvovalo 1. ročník vysoké školy, celkem činili 38% celku. Studenti 2. ročníku zastávali 23% dotazovaných. Třetí nejpočetnější skupinou byli současně studenti 3. ročníku a ti, kteří již dostudovali. Mezi méně početnou skupinu patřili studenti 4. ročníku. Předposlední místo obsadili respondenti 5. ročníku, kterých byly 4% a nejméně se výzkumu účastnili respondenti navštěvující 6. ročník.

## 11. Výsledky dotazníkového šetření

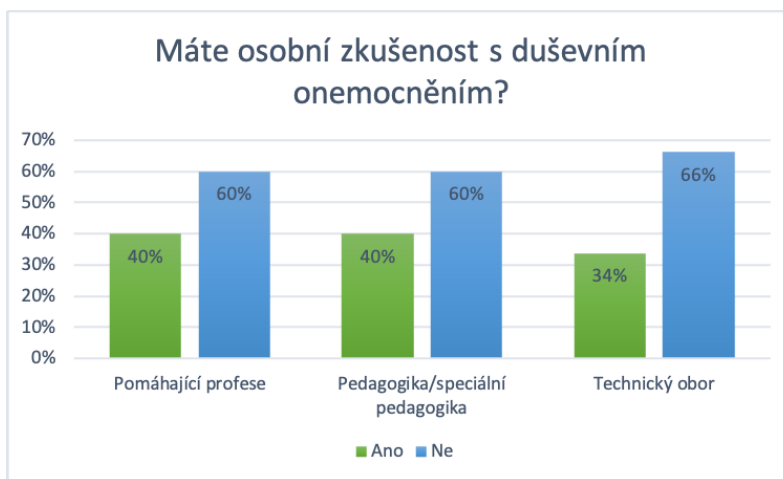
Graf 8- otázka č. 7 (odpovědi všech tří skupin)

**Máte osobní zkušenost s duševním onemocněním?**



Na otázku, zda mají respondenti osobní zkušenost s duševním onemocněním, zvolila odpověď NE více než polovina dotazovaných (62,1%). Zbylých 37,9% dotazovaných uvedlo, že s duševním onemocněním osobní zkušenost mají.

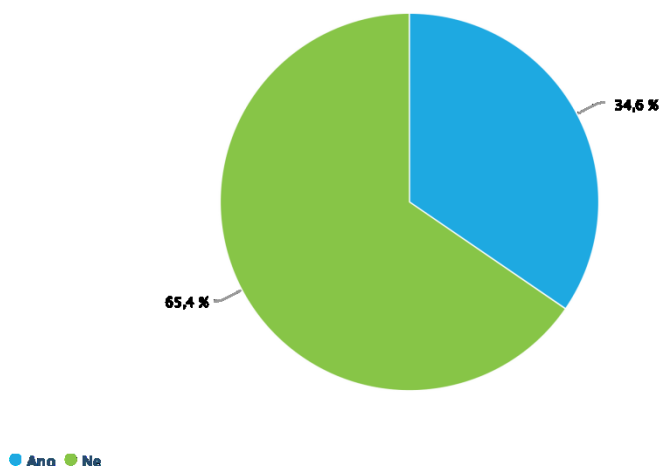
Graf 9- otázka č. 7 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



S duševním onemocněním má zkušenost 40% respondentů z pomáhajících profesí, 40% z pedagogiky/speciální pedagogiky a 34% z technických oborů.

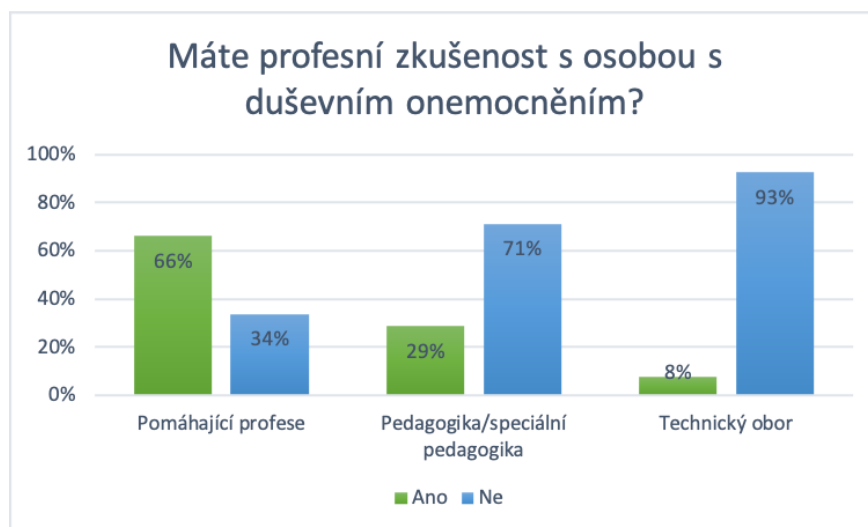
Graf 10- otázka č. 8 (odpovědi všech tří skupin)

**Máte profesní zkušenost s osobou s duševním onemocněním?**



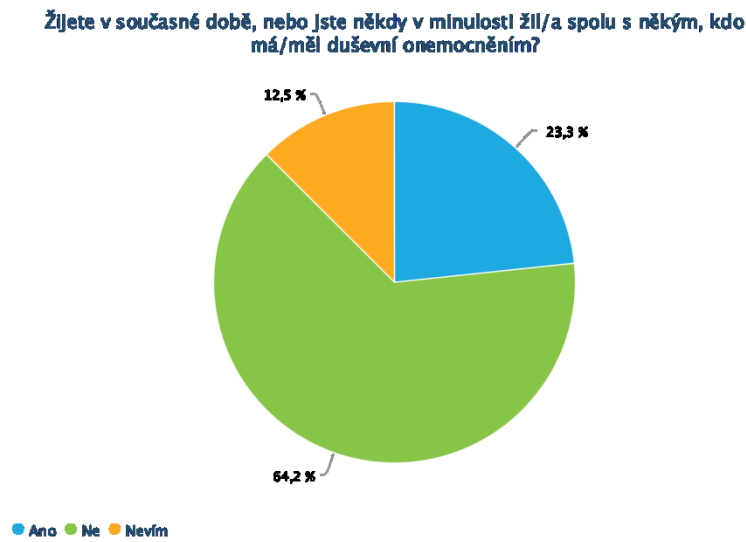
Respondenti v počtu 65,4% nemají profesní zkušenost s touto cílovou skupinou. Naopak 34,6% dotazovaných tuto zkušenost má.

Graf 11- otázka č. 8 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



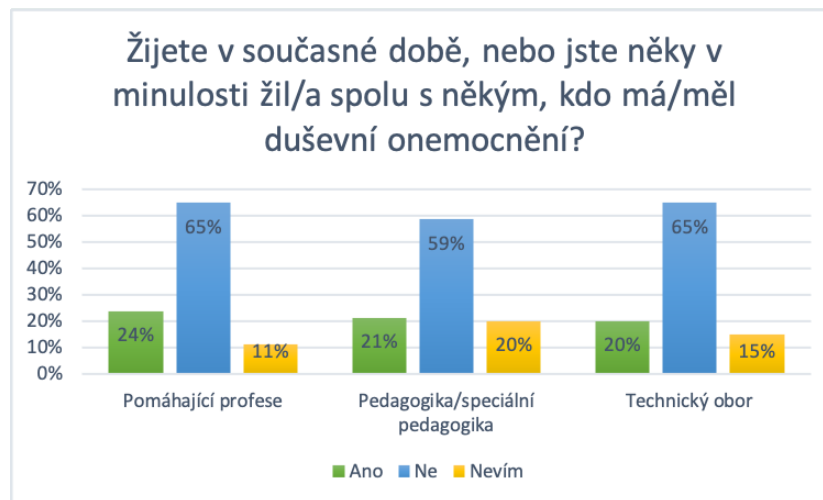
Respondenti z oboru pomáhajících profesí mají v 60% profesní zkušenost s osobou s duševním onemocněním. Studenti a absolventi pedagogiky/speciální pedagogiky v 29% a dotazovaní z technických oborů pouze v 8%.

Graf 12- otázka č. 9 (odpovědi všech tří skupin)



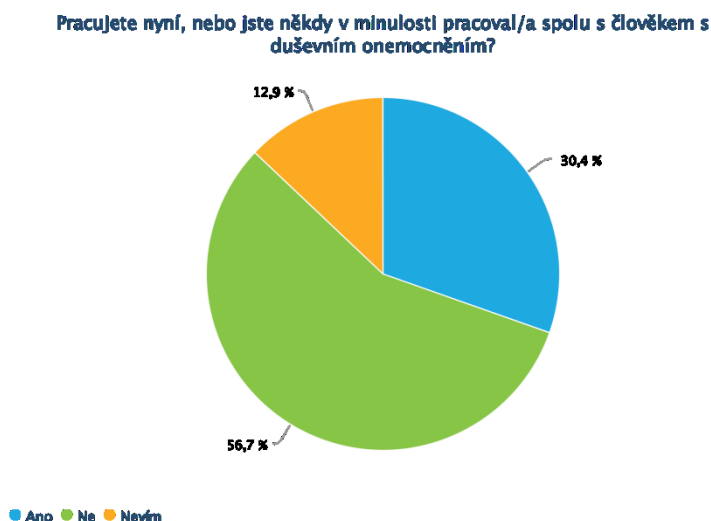
Většina dotazovaných (64,2%) nežije, ani nikdy v minulosti nežila, s člověkem, který trpěl duševní poruchou. Zkušenost se spolubydlením s duševně nemocným jedincem má 23,3% a 12,5% si toho není vědoma.

Graf 13- otázka č. 9 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



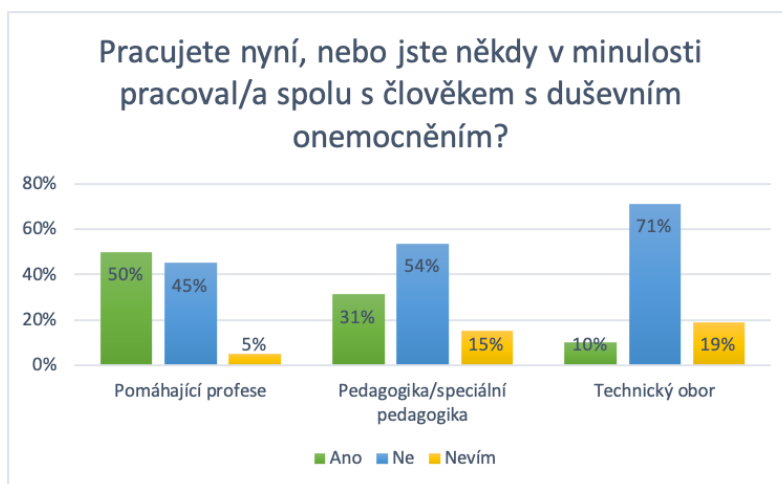
U otázky č. 9 odpovědělo 24% respondentů pomáhajících profesí ano, 65% ne a 11% nevím. Pedagogicky zaměření dotazovaní uvedli ve 21% odpověď ano, v 59% ne a 20% z nich uvedlo odpověď nevím. U technických oborů byly odpovědi z 20% ano, 65% ne a 15% nevím.

Graf 14- otázka č. 10 (odpovědi všech tří skupin)



Na dotaz, zda dotyční pracují či pracovali s duševně nemocnou osobou, odpovědělo 56,7% ne. Ale 30,4% již někdy s takovýmto člověkem pracovalo. Posledních 12,9% dotazovaných zvolilo odpověď nevím.

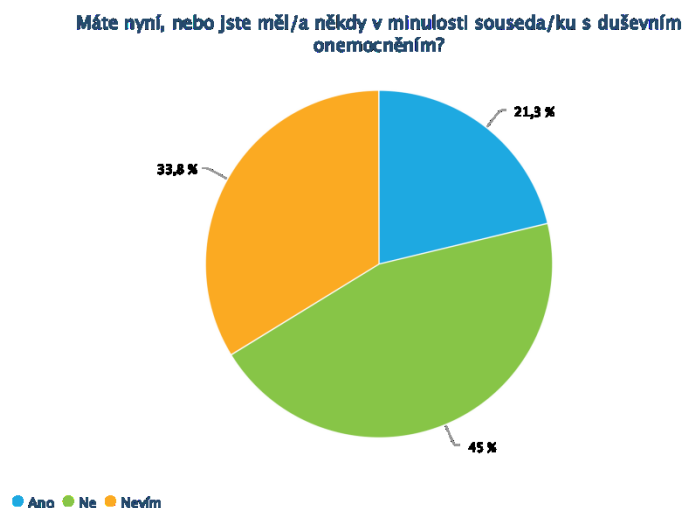
Graf 15- otázka č. 10 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



S člověkem s duševním onemocněním pracuje nebo v minulosti pracovalo 50% respondentů pomáhajících profesí, 31% dotazovaných z oboru pedagogika/speciální pedagogika a 10% z technických oborů. Odpověď ne uvedlo 45% tázaných z 1. skupiny, 54% z 2. skupiny a 71% ze 3. skupiny. Možnost nevím zvolilo 5% z pomáhajících profesí, 15% pedagogů a 19% studentů a absolventů z technicky zaměřených oborů.

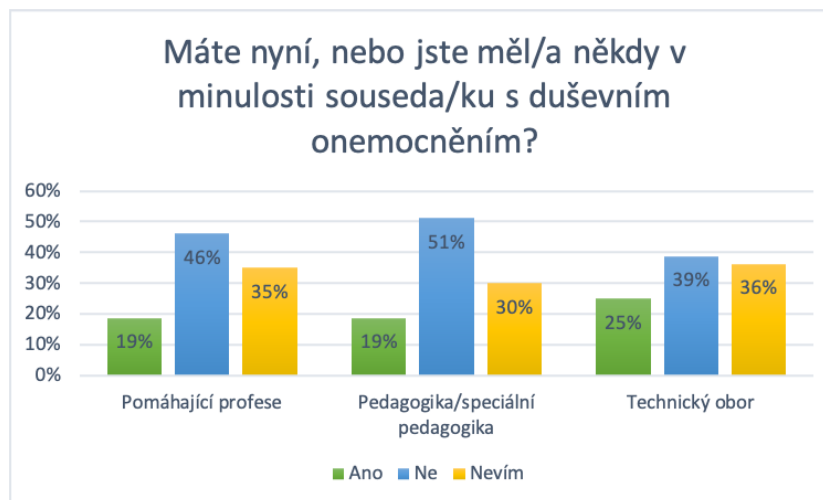


Graf 16- otázka č. 11 (odpovědi všech tří skupin)



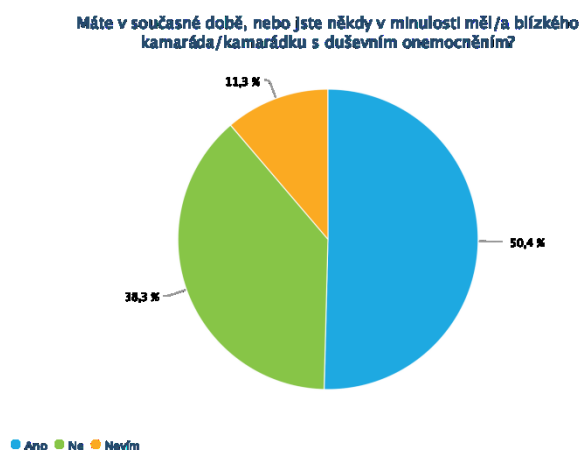
Dotazovaní odpověděli ve 45%, že nemají ani v minulosti neměli za souseda/ku osobu s duševním onemocněním. Variantu nevím zvolilo 33,8% a 21,3% uvedlo, že tuto zkušenost má.

Graf 17- otázka č. 11 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



Respondenti z 1. i 2. skupiny odpověděli na tuto otázku v 19% ano, dotazovaní z technických oborů uvedli tuto odpověď v 25%. Odpověď ne zvolilo 46% z pomáhajících profesí, 51% z pedagogických oborů a 39% respondentů technického zaměření. Nevím, uvedlo 35% z 1. skupiny dotazovaných, 30% ze 2. skupiny a 36% ze 3. skupiny.

Graf 18- otázka č. 12 (odpovědi všech tří skupin)



Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda respondenti někdy měli, či v současné době mají, kamaráda/kamarádku s duševním onemocněním. Na mou otázku odpovědělo 50,4% dotazovaných odpovědi ano, 38,3% ne a 11,3% nevědělo, zda někdo z jejich blízkých kamarádu trpí duševním onemocněním.

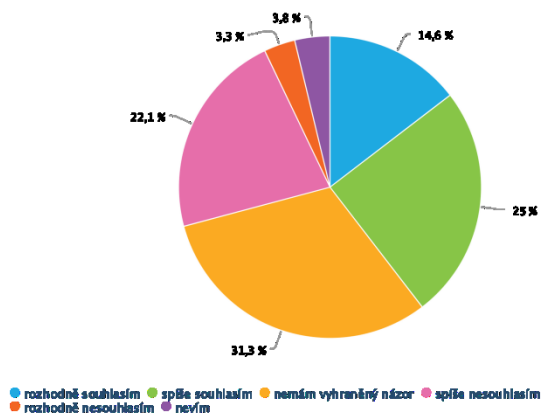
Graf 19- otázka č. 12 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



Dotazovaní z pomáhajících profesí zvolili v 61% odpověď ano, ze 34% ne a 5% uvedlo variantu nevím. U pedagogických oborů vybralo možnost ano 51%, ne 40% a nevím 9%. Respondenti ze 3. skupiny volili odpovědi takto: 46% ano, 34% ne a 20% nevím.

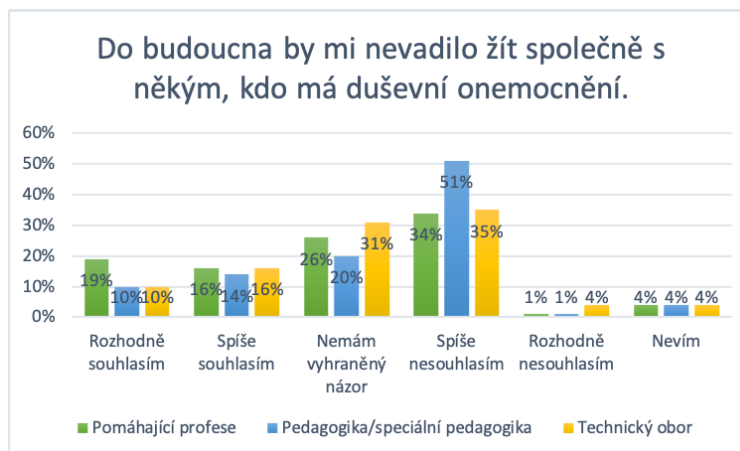
Graf 20- otázka č. 13 (odpovědi všech tří skupin)

Do budoucna by mi nevydilo žít společně s někým, kdo má duševní onemocnění.



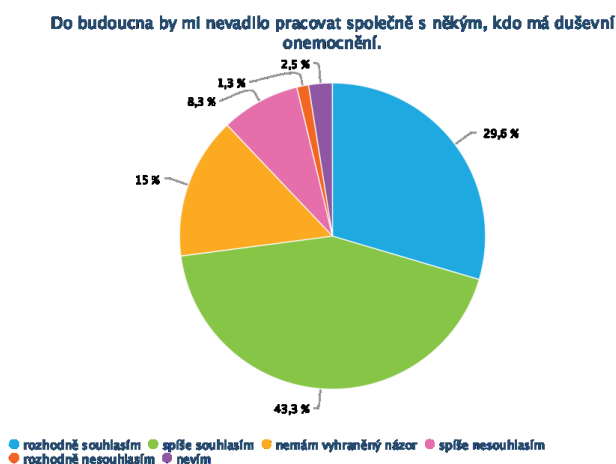
Na tuto otázku nemá vyhraněný názor 31,3% respondentů. Odpověď spíše souhlasím, uvedlo 25% jedinců, 22,1% odpovědělo spíše nesouhlasím, 14,6% rozhodně nesouhlasím, 3,8% nevím a 3,3% uvedlo odpověď rozhodně nesouhlasím.

Graf 21- otázka č. 13 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



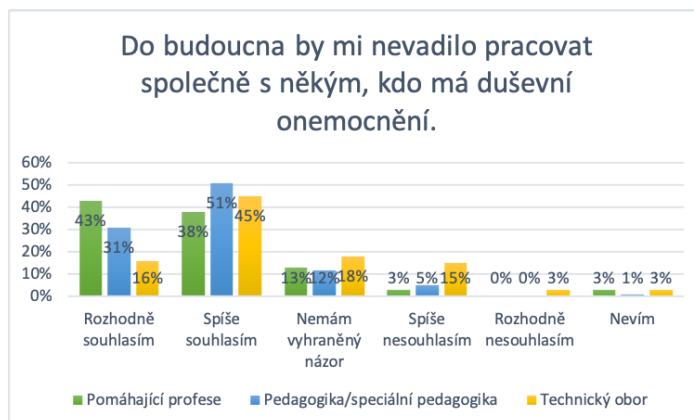
S tímto výrokem rozhodně souhlasí 19% z 1. skupiny a po 10% ze 2. a 3. skupiny. Variantu spíše souhlasím zvolilo 16% respondentů z pomáhajících profesí, 14% z oboru pedagogika/speciální pedagogika a 16% technicky zaměřených dotazovaných. Z oboru pomáhající profese na tento výrok nemá vyhraněný názor 26%, z 2. skupiny 20% a z 3. skupiny 31%. Odpověď spíše nesouhlasím vybralo 34% z 1. skupiny respondentů, 51% z pedagogiky/speciální pedagogiky a 35% z 3. skupiny. Odpověď rozhodně nesouhlasím zastalo 1% z pomáhajících profesí a také 1% pedagogických oborů a 4% respondentů technických fakult. Nevím uvedly ve všech 3 skupinách 4% dotazovaných.

Graf 22- otázka č. 14 (odpovědi všech tří skupin)



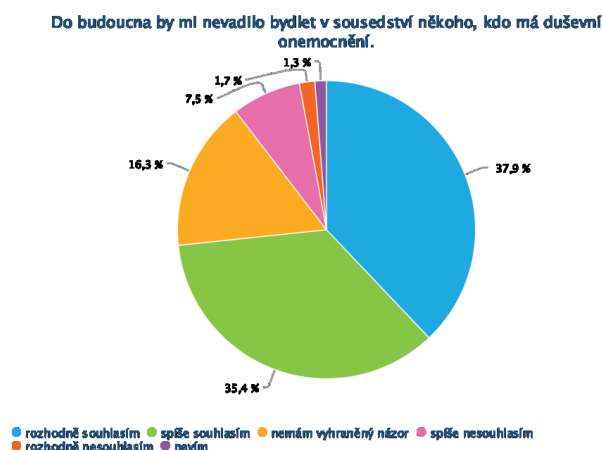
S touto otázkou spíše souhlasí 43,3% dotazovaných a rozhodně souhlasí 29,6%. K dané otázce nemá vyhraněný názor 15% respondentů. Celkem 8,3% spíše nesouhlasí s tím, že by jim do budoucna nevadilo pracovat společně s někým, kdo má duševní onemocnění a 2,5% neví. Posledních 1,3% respondentů uvedlo odpověď rozhodně nesouhlasím.

Graf 23- otázka č. 14 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



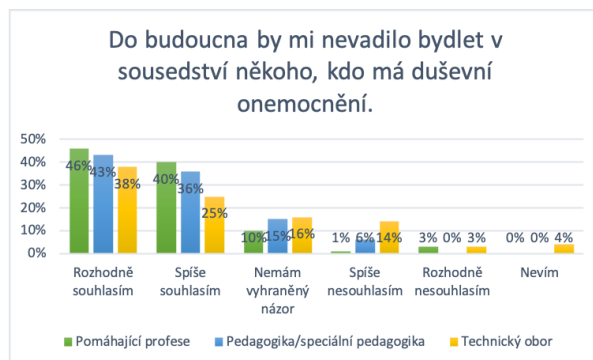
Respondenti ze skupiny pomáhajících profesí s tímto výrokem rozhodně souhlasí ve 43%, spíše souhlasí ve 38%, k výroku nemá vyhraněný názor 13%, spíše nesouhlasí 3%, rozhodně s tím nesouhlasí 0% a 3% neví. Z oborů pedagogiky/speciální pedagogiky uvedlo 31% odpověď rozhodně souhlasím, 51% spíše souhlasím, 12% nemá vyhraněný názor, 5% spíše nesouhlasím, 0% rozhodně nesouhlasím a 3% uvedla odpověď nevím. Možnost rozhodně souhlasím vybralo 16% dotazovaných z technických oborů, spíše souhlasím 45%, vyhraněný názor nemá 18%, spíše nesouhlasí 15%, rozhodně nesouhlasí 3% a 3% zvolilo variantu nevím.

Graf 24- otázka č. 15 (odpovědi všech tří skupin)



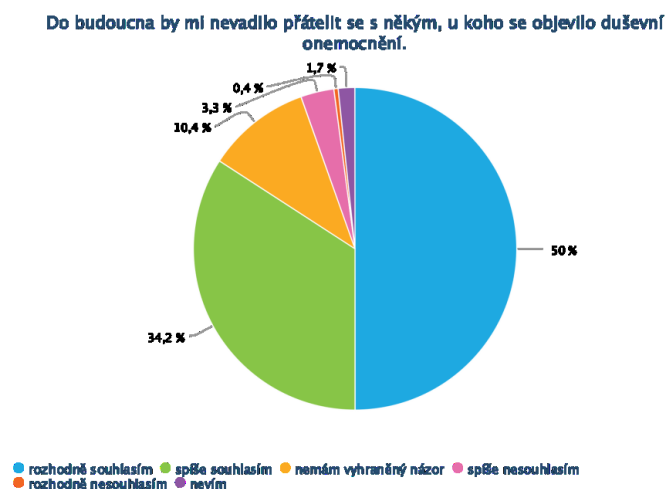
V sousedství někoho, kdo má duševní onemocnění by nevydalo bydlet 37,9% dotazovaných. S danou otázkou spíše souhlasí 35,4% a 16,3% nemá vyhraněný názor. Naopak spíše nesouhlasí 7,5% a rozhodně nesouhlasí 1,7%. Odpověď nevím zvolilo 1,3% dotazovaných.

Graf 25- otázka č. 15 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



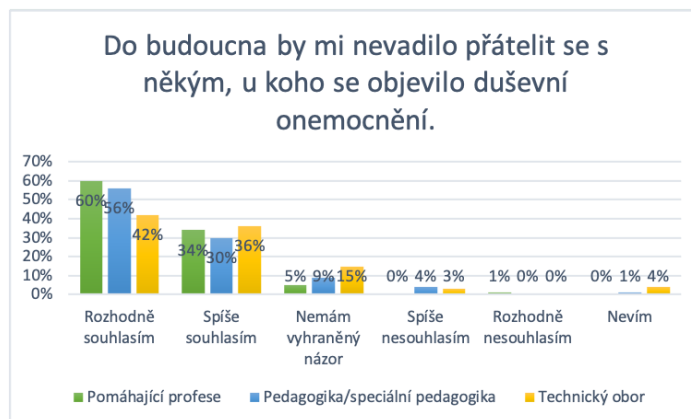
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jak jsou na tom respondenti ohledně bydlení v sousedství někoho, kdo má duševní onemocnění. Rozhodně by nevydalo bydlet v sousedství takového člověka 46% respondentů z pomáhajících profesí, 43% pedagogům/speciálním pedagogům a 38% dotazovaným z technických oborů. Odpověď spíše souhlasím uvedlo 40% z 1. skupiny, 36% z 2. skupiny a 25% z třetí skupiny. Názor nemá vyhraněných 10% z oboru pomáhajících profesí, 15% pedagogů a 16% technicky zaměřených respondentů. S výrokem spíše nesouhlasí 1% z 1. sk., 6% z 2. sk. a 14% z 3. sk. Rozhodně nesouhlasí 3% jak z pomáhajících profesí, tak z technických oborů a 0% pedagogů. Současně nikdo z respondentů z 1. a 2. skupiny nezvolil odpověď nevím. Studenti a absolventi technicky zaměřených oborů vybrali odpověď nevím ve 4%.

Graf 26- otázka č. 16 (odpovědi všech tří skupin)



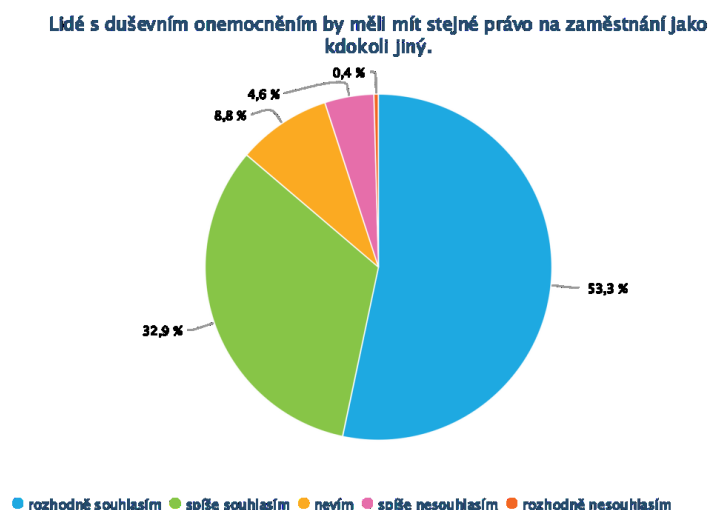
Do budoucna by rozhodně nevadilo přátelit se s někým, u koho se objevilo duševní onemocnění 50% dotazovaným. Odpověď spíše souhlasím zvolilo 34,2 %, 10,4% uvedlo odpověď nemám vyhraněný názor, 3,3% s tím spíše nesouhlasí, 1,7% neví a 0,4% uvedlo variantu rozhodně nesouhlasím.

Graf 27- otázka č. 16 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



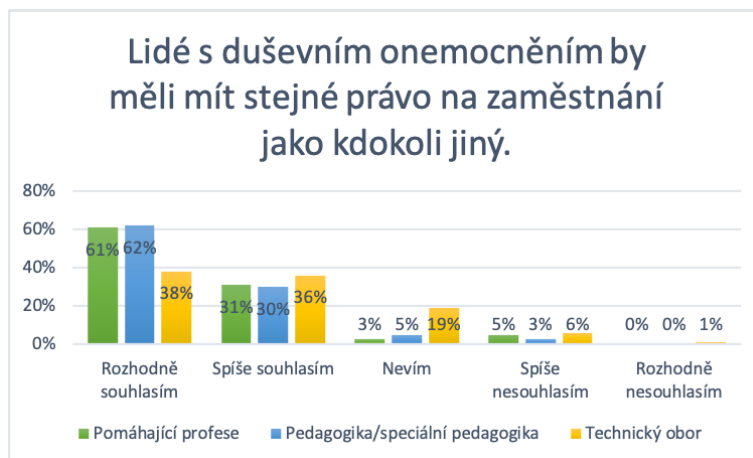
Respondenti z pomáhajících profesí odpovídali na toto tvrzení takto: 60% rozhodně souhlasí, 34%, spíše souhlasí, 5% nemá vyhraněný názor, 0% spíše nesouhlasí, 1% rozhodně nesouhlasí a 0% neví. U oboru pedagogika/speciální pedagogika byly odpovědi: 56% rozhodně souhlasím, 30% spíše souhlasím, 9% nemám vyhraněný názor, 4% spíše nesouhlasím, 0% rozhodně nesouhlasím a 1% zvolilo odpověď nevím. Dotazovaní ze 3. skupiny volili odpovědi: 42% rozhodně souhlasím, 36% spíše souhlasím, 15% nemám vyhraněný názor, 3% spíše nesouhlasím, 0% rozhodně nesouhlasím a 4% nevím.

Graf 28- otázka č. 17 (odpovědi všech tří skupin)



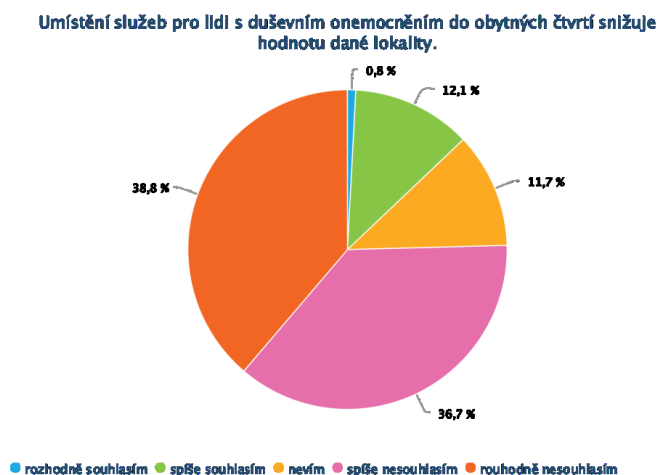
S tímto výrokem rozhodně souhlasilo 53,3% dotazovaných a 32,9% spíše souhlasilo. Odpověď 'nevím' zvolilo 8,8% dotazovaných, 4,6% odpovědělo spíše nesouhlasím a 0,4% rozhodně nesouhlasí.

Graf 29- otázka č. 17 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



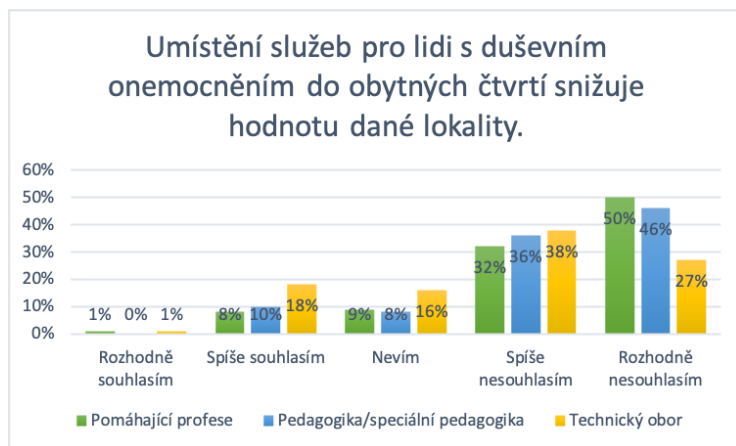
Více než polovina (61%) studentů a absolventů z 1. skupiny zvolilo u daného výroku odpověď 'rozhodně souhlasím', 31% spíše souhlasím, 3% nevím, 5% spíše nesouhlasím a nikdo nezvolil odpověď 'rozhodně nesouhlasím'. Respondenti z obou pedagogika/speciální pedagogika odpovídali takto: 62% rozhodně souhlasím, 30% spíše souhlasím, 5% nevím, 3% spíše nesouhlasím a opět se nikdo nepřiklonil k možnosti rozhodně nesouhlasím. Z poslední skupiny odpovědělo 38% dotazovaných rozhodně souhlasím, 36% spíše souhlasím, 19% nevím, 6% spíše nesouhlasím a pouze 1% rozhodně nesouhlasím.

Graf 30- otázka č. 18 (odpovědi všech tří skupin)



S touto tezí rozhodně nesouhlasí 38,8% a 36,7% spíše nesouhlasí. Naopak odpověď spíše souhlasím vybralo 12,1% dotazovaných a 11,7% zvolilo možnost nevím. Zbýlých 0,8% rozhodně souhlasí.

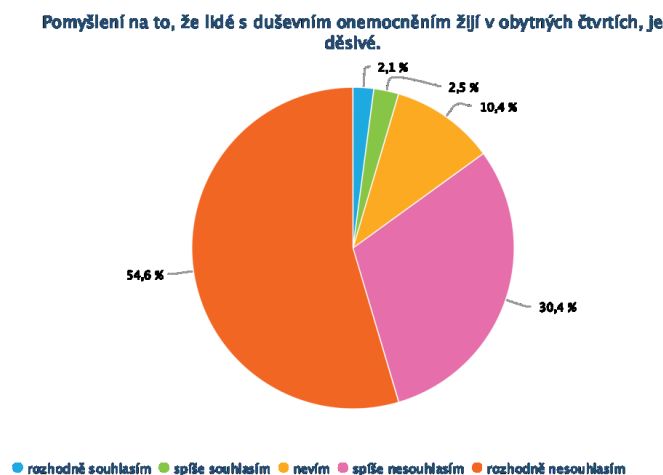
Graf 31- otázka č. 18 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



S tím, že umístění služeb pro lidi s duševním onemocněním do obytných čtvrtí snižuje hodnotu dané lokality rozhodně souhlasí 1% respondentů z pomáhajících profesí, spíše souhlasí 8%, neví 9%, spíše nesouhlasí 32% a rozhodně nesouhlasí 50% dotazovaných. Z oborů pedagogika/speciální pedagogika nikdo nezvolil odpověď rozhodně souhlasím, 10% uvedlo možnost spíše souhlasím, 8% nevím, 36% spíše nesouhlasím a odpověď rozhodně nesouhlasím uvedlo 46% tázaných. Technický obor odpovídal takto: 1% rozhodně souhlasím, 18% spíše souhlasím, 16% nevím, 38% spíše nesouhlasím a 27% rozhodně nesouhlasím.

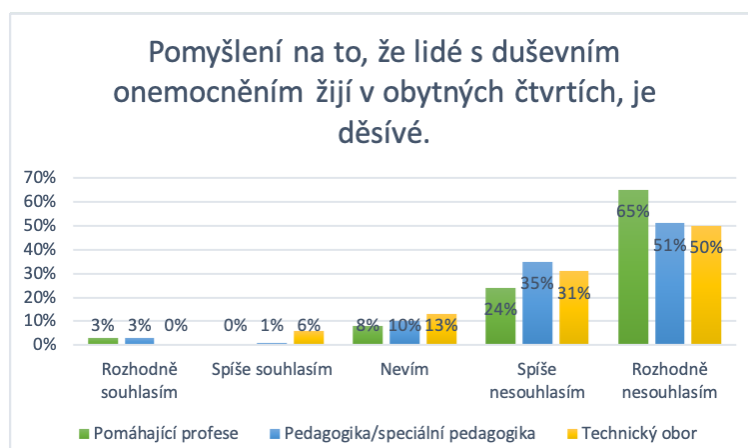


Graf 32- otázka č. 19 (odpovědi všech tří skupin)



Odpověď rozhodně nesouhlasím zvolilo 54,6% respondentů. Spíše nesouhlasí 30,4% a 10,4% neví. Možnost spíše souhlasím vybralo 2,5% dotazovaných a 2,1% rozhodně souhlasí.

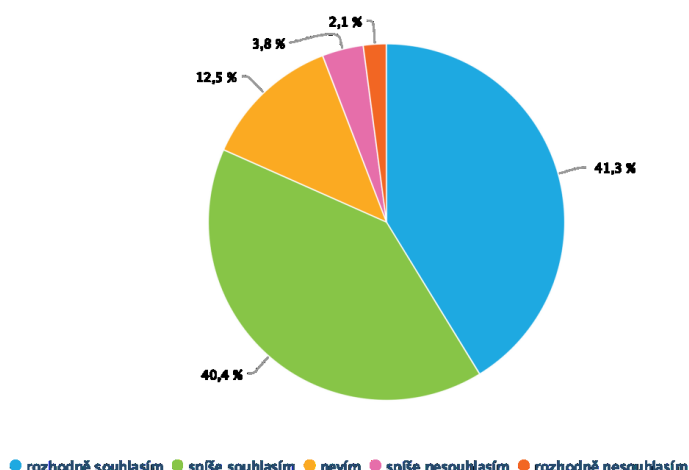
Graf 33- otázka č. 19 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



Pomáhající profese a pedagogika/speciální pedagogika se zde shodly procentuálně na odpovědi rozhodně souhlasím, vybraly ji 3% dotazovaných z již zmíněných skupiny. Z technického oboru tuto odpověď nezvolil nikdo. Odpověď spíše souhlasím nezvolil nikdo z pomáhajících profesí, 1% pedagogů a 6% dotazovaných z technických oborů. Odpověď nevím zvolilo 8% z 1. skupiny, 10% z 2. skupiny a 13% z 3. skupiny. S daným výrokem spíše nesouhlasí 24% respondentů pomáhajících profesí, 35% z oboru pedagogika/speciální pedagogika a 31% z technicky zaměřených oborů. Nejvíce odpovědí bylo u varianty rozhodně nesouhlasím, pomáhající profese 65%, pedagogové 51% a studenti a absolventi z technických oborů 50%.

Graf 34- otázka č. 20 (odpovědi všech tří skupin)

Obyvatelé se nemusí bát lidí, kteří přicházejí do jejich čtvrti využívat služby péče o duševní zdraví.



S tím, že se obyvatelé nemusí bát lidí, kteří přicházejí do jejich čtvrti využívat služby péče o duševní zdraví rozhodně souhlasí 41,3% a spíše souhlasí 40,4%. Odpověď nevím uvedlo 12,5% a 3,8% spíše nesouhlasí. S tímto výrokem rozhodně nesouhlasí 2,1% dotazovaných.

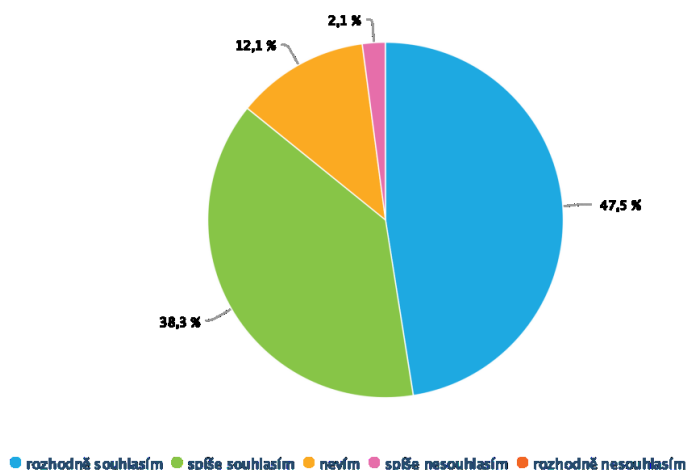
Graf 35- otázka č. 20 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



Ze skupiny respondentů z pomáhajících profesí s touto tezí rozhodně souhlasí ve 49%, spíše souhlasí 41%, nevím zvolilo 7%, spíše nesouhlasím 3% a nikdo nevybral možnost rozhodně nesouhlasím. Z 2. skupiny zvolilo odpověď rozhodně souhlasím 40%, spíše souhlasím 50%, nevím 5%, spíše nesouhlasím 1% a 4% rozhodně nesouhlasím. Z technického oboru rozhodně souhlasí 28%, spíše souhlasí 41%, neví 22%, spíše nesouhlasí 8% a rozhodně nesouhlasí 1%.

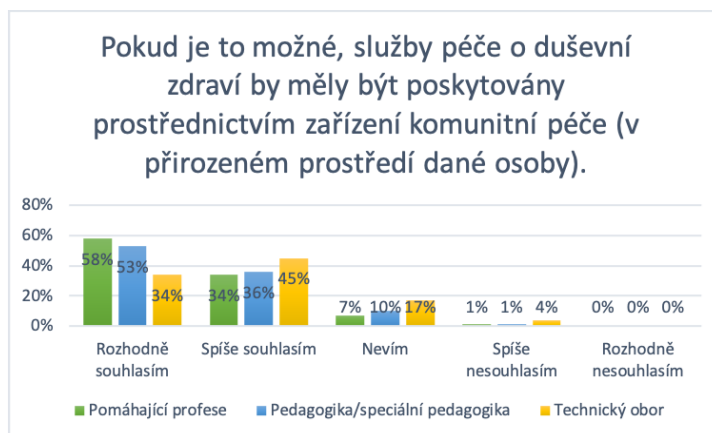
Graf 36- otázka č. 21 (odpovědi všech tří skupin)

**Pokud je to možné, služby péče o duševní zdraví by měly být poskytovány prostřednictvím zařízení komunitní péče (v přirozeném prostředí dané osoby).**



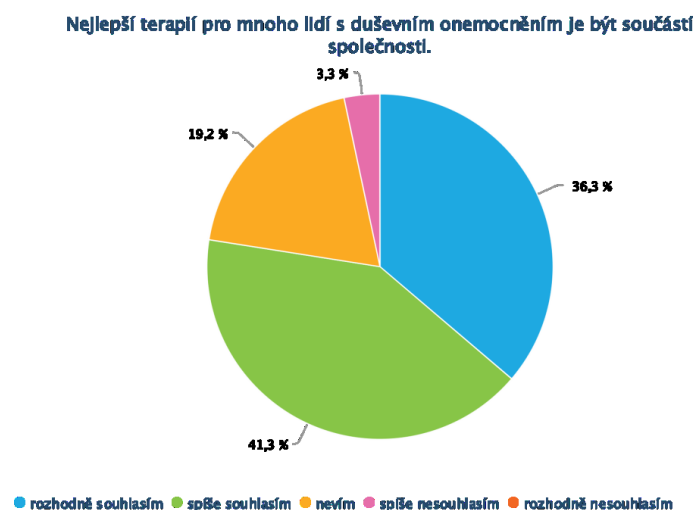
S poskytováním služeb skrze komunitní služby rozhodně souhlasí 47,5% respondentů a 38,3% spíše souhlasí. Nevím uvedlo 12,1% a 2,1% dotazovaných odpovědělo spíše nesouhlasím.

Graf 37- otázka č. 21 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



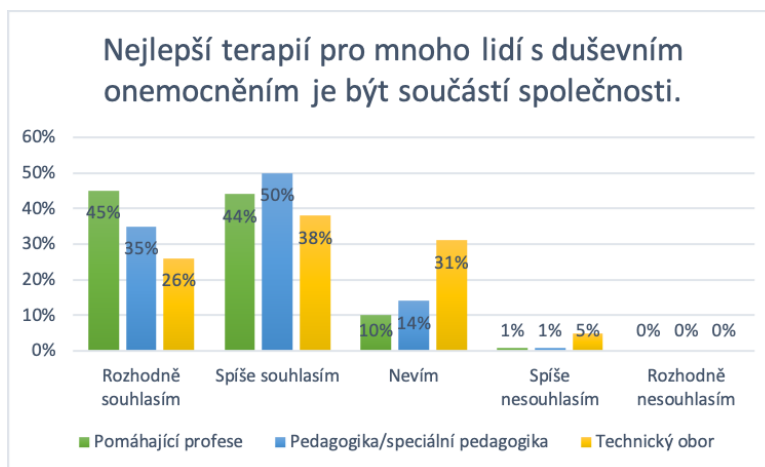
U této teze nezvolil žádný z respondentů odpověď rozhodně nesouhlasím. S daným výrokem naopak rozhodně souhlasí 58% z 1. skupiny dotazovaných, spíše souhlasí 34%, neví 7% a spíše nesouhlasí 1%. Z 2. skupiny rozhodně souhlasí 53%, spíše souhlasí 36%, 10% neví a 1% spíše nesouhlasí. Respondenti z 3. skupiny volili odpovědi takto: 34% rozhodně souhlasím, 45% spíše souhlasím, 17% nevím a 4% spíše nesouhlasím.

Graf 38- otázka č. 22 (odpovědi všech tří skupin)



S tímto výrokem spíše souhlasí 41,3% a rozhodně souhlasí 36,3% účastníků výzkumu. K odpovědi nevím se přiklonilo 19,2% a 3,3% spíše nesouhlasí s tím, že nejlepší terapií pro mnoho lidí s duševním onemocněním je být součástí společnosti.

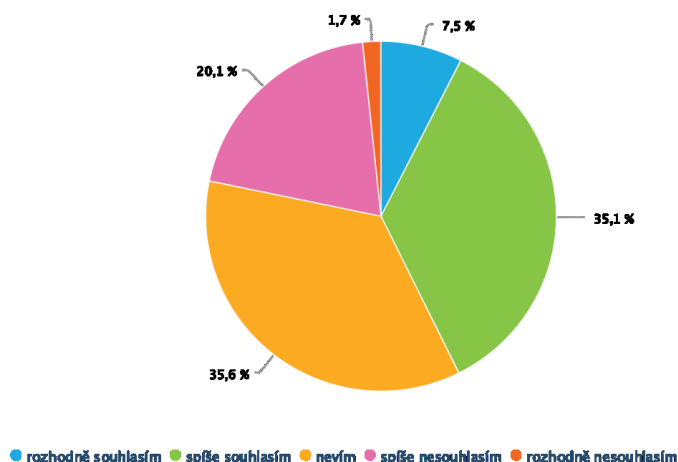
Graf 39- otázka č. 22 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



Rozhodně souhlasí s tím, že nejlepší terapií pro mnoho lidí s duševním onemocněním je být součástí společnosti 45% respondentů z pomáhajících profesí. S touto tezí spíše souhlasí 44%, neví 10% a spíše nesouhlasí 1%. Nikdo z dotazovaných v tomto výzkumu neuvedl odpověď rozhodně nesouhlasím. Rozhodně s tím ale souhlasí 35% dotazovaných z oboru pedagogika/speciální pedagogika, spíše souhlasí 50%, neví 14% a spíše nesouhlasí 1%. Technický obor z 26% rozhodně souhlasí, 38% spíše souhlasí, 31% neví a 5% spíše nesouhlasí.

Graf 40- otázka č. 23 (odpovědi všech tří skupin)

Většině žen, které byly v minulosti pacientkami v psychiatrické léčebně, může být s důvěrou svěřeno dítě na hlídání.



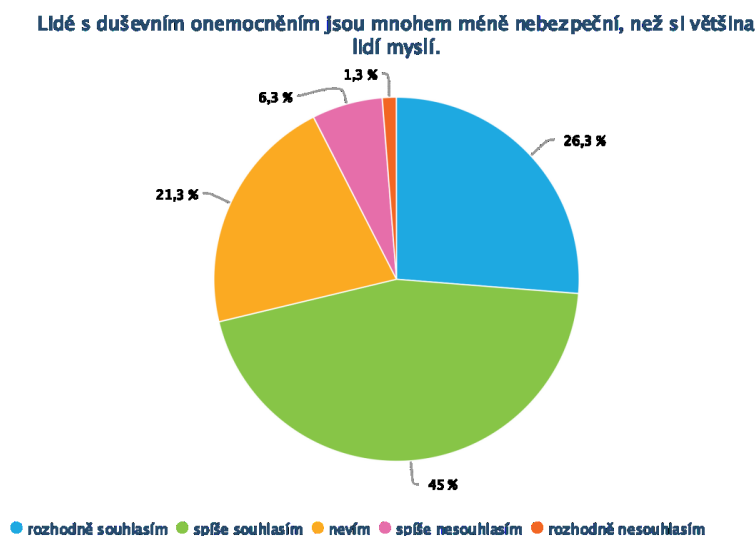
U tohoto výroku zvolilo odpověď nevím 35,6% respondentů. Spíše souhlasí 35,1% a naopak spíše nesouhlasí 20,1% dotazovaných. Rozhodně nesouhlasí 7,5% a 1,7% s tím rozhodně nesouhlasí.

Graf 41- otázka č. 23 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



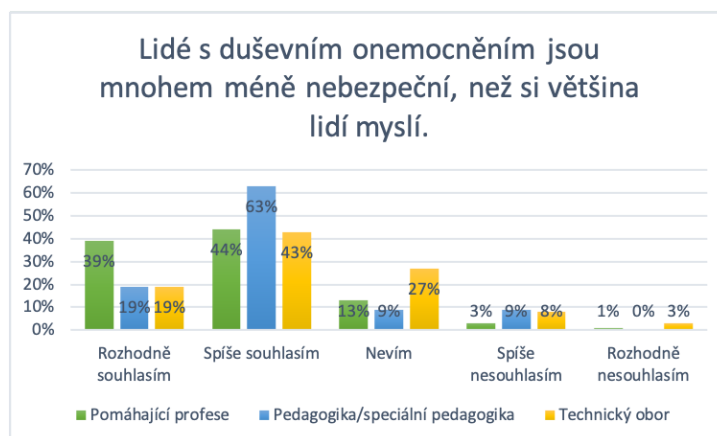
S touto tezí 9% respondentů z pomáhajících profesí rozhodně souhlasí, 41% spíše souhlasí, 36% neví, 13% spíše nesouhlasí a 1% rozhodně nesouhlasí. Pedagogika/speciální pedagogika odpovídala takto: 11% rozhodně souhlasí, 39% spíše souhlasí, 24% neví, 25% spíše nesouhlasí a opět 1% rozhodně nesouhlasí. Dotazovaní z technických oborů volili tyto odpovědi: 3% rozhodně souhlasím, 23% spíše souhlasím, 46% nevím, 25% spíše nesouhlasím a 3% rozhodně nesouhlasím.

Graf 42- otázka č. 24 (odpovědi všech tří skupin)



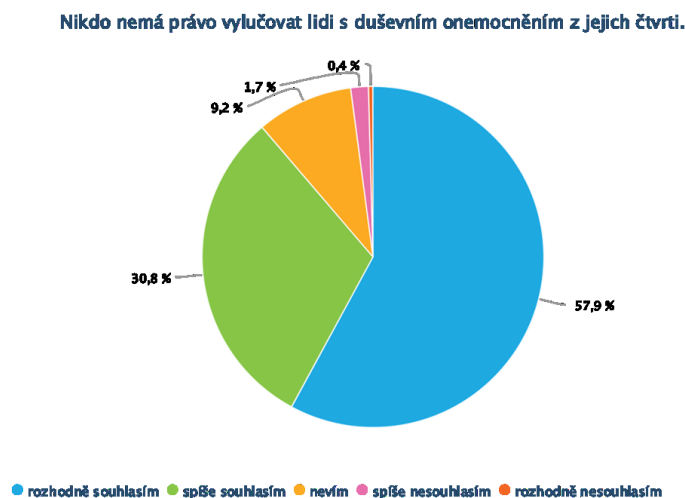
S tím, že jsou lidé s duševním onemocněním mnohem méně nebezpeční, než si většina lidí myslí spíše souhlasí 45% dotazovaných a 26,3% s tím rozhodně souhlasí. Variantu nevím zvolilo 21,3%, spíše nesouhlasím 6,3% a 1,3% vybrala možnost rozhodně nesouhlasím.

Graf 43- otázka č. 24 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



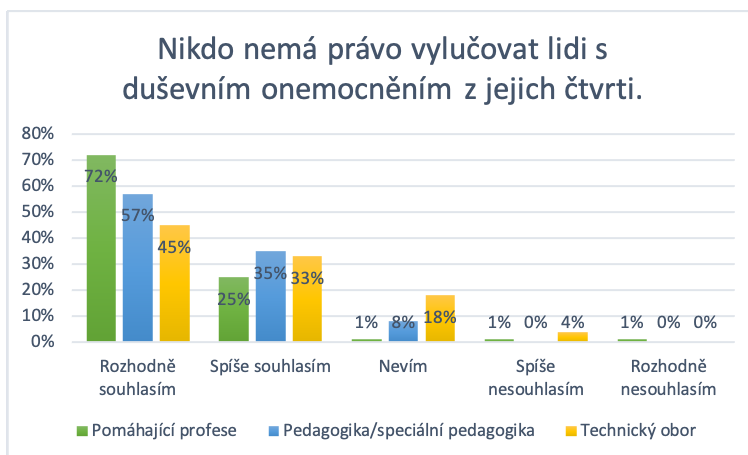
S tímto výrokem respondenti z pomáhajících profesí rozhodně souhlasí v počtu 39%, spíše souhlasí 44%, neví 13%, spíše nesouhlasí 3% a rozhodně nesouhlasí 1%. Skupina pedagogů volila v 19% odpověď rozhodně souhlasím, 63% spíše souhlasím, 9% nevím, 9% spíše nesouhlasím a nikdo z této skupiny nezvolil odpověď rozhodně nesouhlasím. Technické obory odpovídaly takto: 19% rozhodně souhlasím, 43% spíše souhlasím, 27% nevím, 8% spíše nesouhlasím a 3% rozhodne nesouhlasím.

Graf 44- otázka č. 25 (odpovědi všech tří skupin)



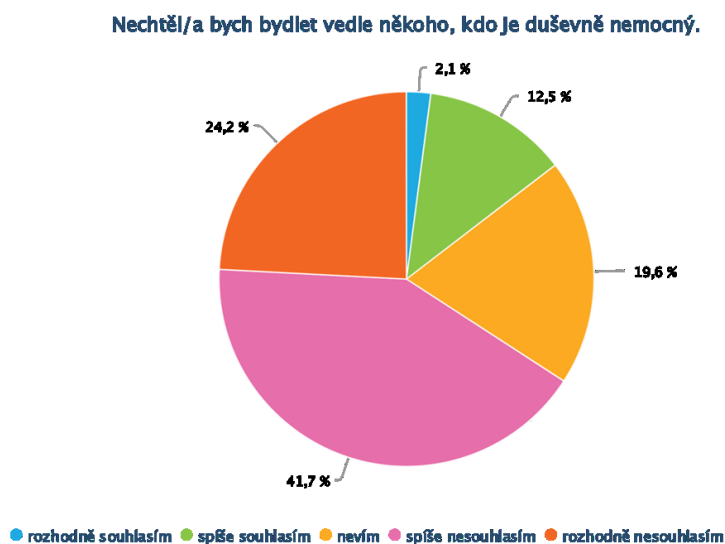
Zde uvedlo 57,9% respondentů odpověď rozhodně souhlasím a 30,8% spíše souhlasím. K odpovědi nevím se přiklonilo 9,2% dotazovaných a 1,7% uvedlo odpověď spíše nesouhlasím. Zbýlých 0,4% vybralo odpověď rozhodně nesouhlasím.

Graf 45- otázka č. 25 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



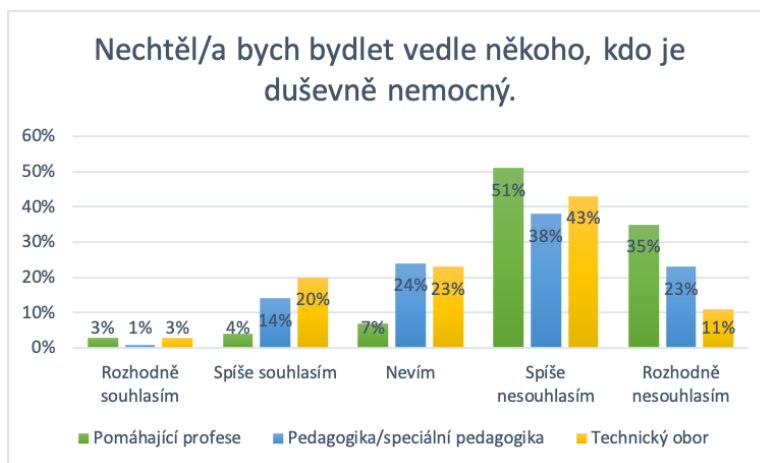
S tím, že nikdo nemá právo vylučovat lidi s duševním onemocněním z jejich čtvrti rozhodně souhlasí 72% respondentů z 1. skupiny, spíše souhlasí 25%, neví 1%, spíše nesouhlasí 1% a rozhodně nesouhlasí také 1%. Dotazovaní z 2. skupiny rozhodně souhlasí z 57%, spíše souhlasí 35%, odpověď nevím uvedlo 8%, spíše nesouhlasím a rozhodně nesouhlasím nezvolil žádný dotazovaný z oboru pedagogika/speciální pedagogika. Ze studentů a absolventů technických oborů rozhodně souhlasí 45%, spíše souhlasí 33%, neví 18%, spíše nesouhlasí 4% a nikdo nezvolil odpověď rozhodně nesouhlasím.

Graf 46- otázka č. 26 (odpovědi všech tří skupin)



S tím, že by dotazovaní nechtěli bydlet vedle někoho, kdo je duševně nemocný spíše souhlasí 41,7% a rozhodně souhlasí 24,2%. Možnost nevím zvolilo 19,6%, spíše souhlasím 12,5% a rozhodně souhlasím 2,1% respondentů.

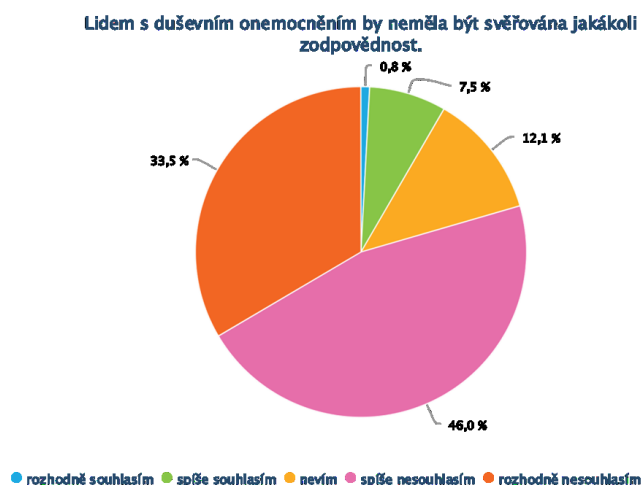
Graf 47- otázka č. 26 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



S tím, že by respondenti z pomáhajících profesí nechtěli bydlet vedle někoho, kdo je duševně nemocný rozhodně souhlasí 3%, spíše souhlasí 4%, neví 7%, spíše nesouhlasí 51% a rozhodně nesouhlasí 35%. Pedagogové/speciální pedagogové zvolili tyto odpovědi: 1% rozhodně souhlasím, 14% spíše souhlasím, 24% nevím, 38% spíše nesouhlasím a 23% rozhodně nesouhlasím. Z poslední skupiny rozhodně souhlasí 3%, spíše souhlasí 20%, neví 23%, spíše nesouhlasí 43% a rozhodně nesouhlasí 11%.

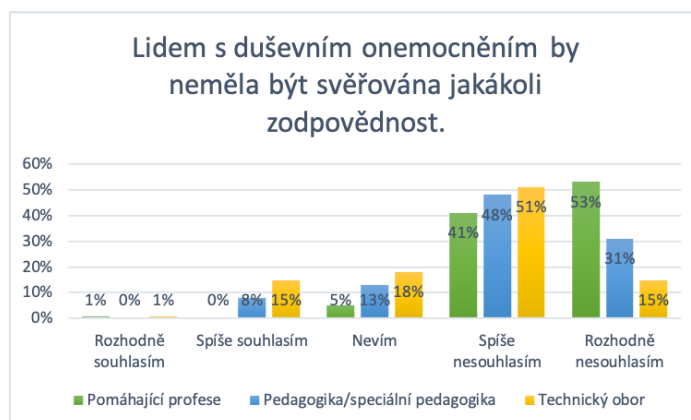


Graf 48- otázka č. 27 (odpovědi všech tří skupin)



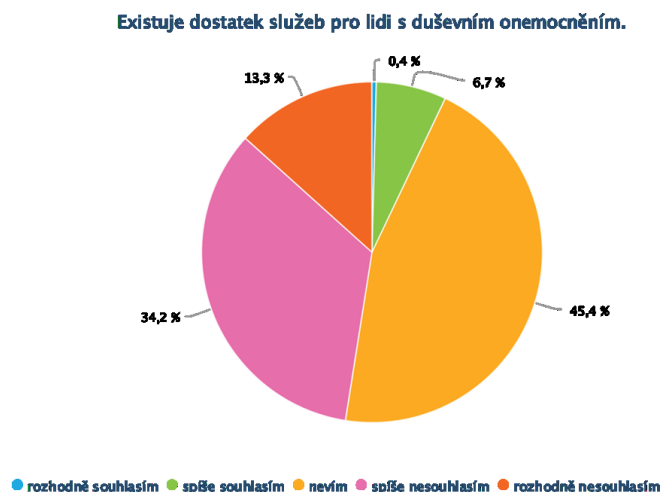
S odpovědí spíše nesouhlasím se ztotožňuje 46% dotazovaných a s variantou rozhodně nesouhlasím 33,5%. Odpověď nevím uvedlo 12,1% a 7,5% s výrokem spíše souhlasí. Rozhodně s tím nesouhlasí 0,8% respondentů.

Graf 49- otázka č. 27 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



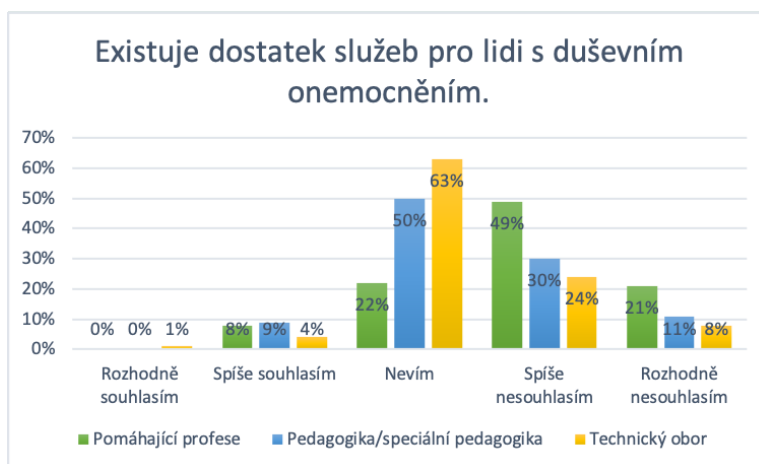
S tímto výrokem rozhodně souhlasí 1% studentů a absolventů z pomáhajících profesí, 0% pedagogů a 1% z technických oborů. Nikdo z 1. skupiny zde nevybral odpověď spíše souhlasím. Spíše souhlasím však vybralo 8% z oboru pedagogika/speciální pedagogika a 15% z technických oborů. Odpověď nevím zvolilo z 1. skupiny 5%, z 2. skupiny 13% a z 3. skupiny 18%. Nejpočetnější u všech 3 skupiny byla odpověď spíše nesouhlasím. Pomáhající profese ji volily ve 41%, pedagogové 48% a z technických fakult 51%. Poslední odpověď, rozhodně nesouhlasím, zvolilo 53% respondentů z pomáhajících profesí, 31% z oboru pedagogika/speciální pedagogika a 15% technicky zaměřených dotazovaných.

Graf 50- otázka č. 28 (odpovědi všech tří skupin)



U tohoto výroku zvolilo 45,4% dotazovaných odpověď nevím. Spíše nesouhlasí 34,2%, rozhodně nesouhlasí 13,3%, spíše souhlasí 6,7% a 0,4% uvedlo odpověď rozhodně souhlasím.

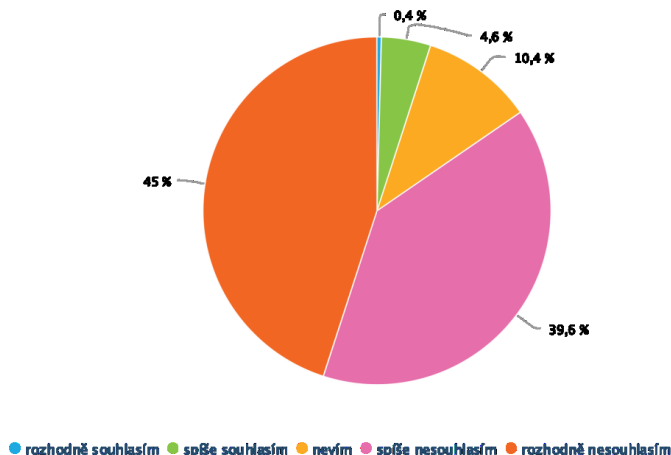
Graf 51- otázka č. 28 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



Nikdo z respondentů z pomáhajících profesí rozhodně nesouhlasí s tím, že existuje dostatek služeb pro lidi s duševním onemocněním, stejně tak jako dotazovaní z oboru pedagogika a speciální pedagogika. A pouze 1% studentů a absolventů z technických oborů zvolilo tuto odpověď. Spíše s tím nesouhlasí 8% z 1. sk., 9% z 2. sk. a 4% z 3% sk. Odpověď nevím zvolilo 22% z pomáhajících profesí, 50% pedagogů a 63% technicky zaměřených respondentů. S výrokem spíše nesouhlasí 46% z 1. slupiny, 30% z 2. skupiny a 24% z 3. skupiny. Poslední možnost zvolilo 21% ze skupiny pomáhajících profesí, 11% pedagogů a 8% z technických oborů.

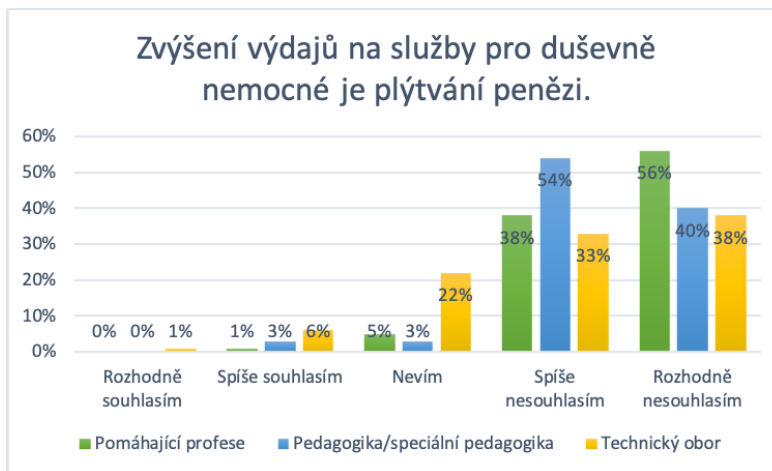
Graf 52- otázka č. 29 (odpovědi všech tří skupin)

**Zvýšení výdajů na služby pro duševně nemocné je plýtvání penězi.**



Rozhodně s tímto výrokem nesouhlasí 45% a spíše nesouhlasí 39,6% respondentů. Nevím uvedlo 10,4% a 4,6% zvolilo variantu spíše souhlasím. Pouhých 0,4% dotazovaných s tímto výrokem rozhodně souhlasí.

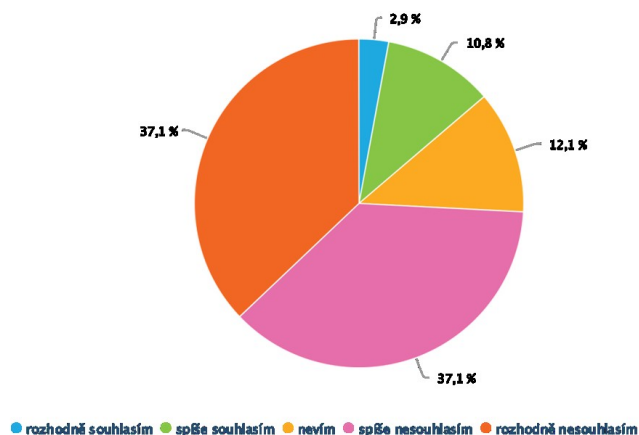
Graf 53- otázka č. 29 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



Z pomáhajících profesí nezvolil nikdo odpověď rozhodně souhlasím, spíše souhlasím zvolilo 1%, nevím 5%, spíše nesouhlasím 38% a rozhodně nesouhlasím 56%. U oboru pedagogik/speciální pedagogika odpovídali dotazovaní takto: 0% rozhodně souhlasím, 3% spíše souhlasím, 3% nevím, 54% spíše nesouhlasím a 40% rozhodně nesouhlasím. Skupina technicky zaměřených respondentů se přiklonila k těmto odpovědím: 1% rozhodně souhlasím, 6% spíše souhlasím, 22% nevím, 33% spíše nesouhlasím a 38% rozhodně nesouhlasím.

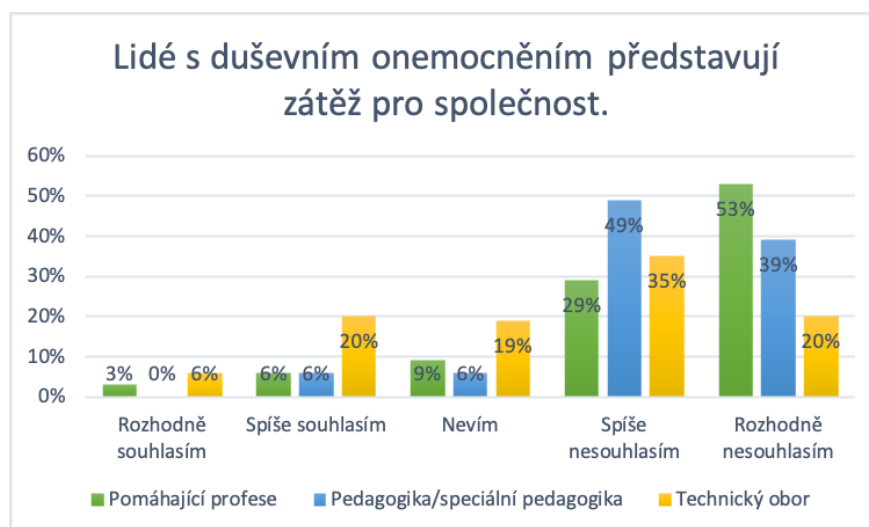
Graf 54- otázka č. 30 (odpovědi všech tří skupin)

**Lidé s duševním onemocněním představují zátěž pro společnost.**



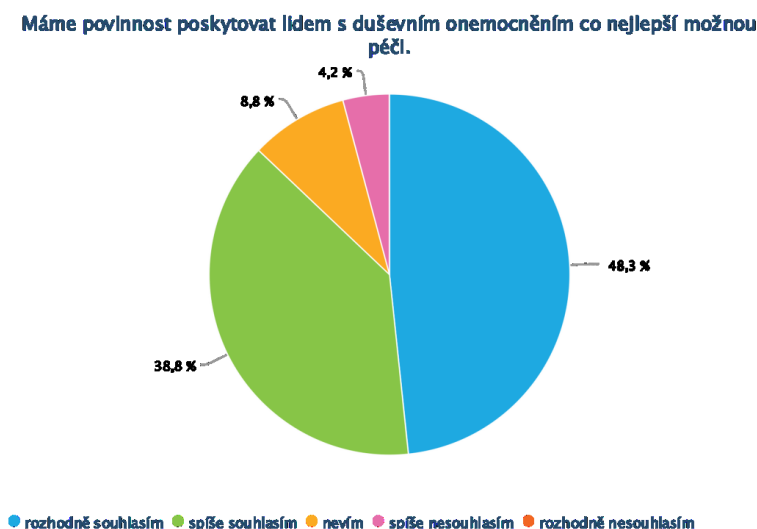
Současně uvedlo odpověď spíše nesouhlasím a rozhodně souhlasím 37,1% dotazovaných. Odpověď nevím vybralo 12,1% a 10,8% zvolilo možnost spíše nesouhlasím. Zbýlých 2,9% rozhodně nesouhlasí s tím, že lidé s duševním onemocněním představují zátěž pro společnost.

Graf 55- otázka č. 30 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



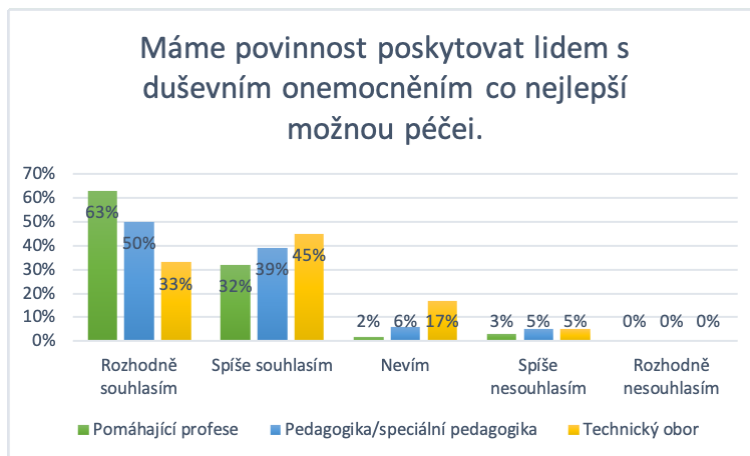
S tímto výrokem rozhodně souhlasí 3% studentů a absolventů z pomáhajících profesí, 6% spíše souhlasí, 9% neví, 29% spíše nesouhlasí a 53% rozhodně nesouhlasí. Nikdo z oboru pedagogika/speciální pedagogika nevybral možnost rozhodně souhlasím, 6% uvedlo odpověď spíše souhlasím, 6% nevím, 49% spíše nesouhlasím a 39% rozhodně nesouhlasím. Respondenti z technických oborů odpovídali takto: 6% rozhodně souhlasím, 20% spíše souhlasím, 19% nevím, 35% spíše nesouhlasím a 20% rozhodně nesouhlasím.

Graf 56- otázka č. 31 (odpovědi všech tří skupin)



S výrokem, že máme povinnost poskytovat lidem s duševním onemocněním co nejlepší možnou péči rozhodně souhlasí 48,3% respondentů. Spíše s tím souhlasí 38,8%, odpověď nevím zvolilo 8,8% a 4,2% spíše nesouhlasí.

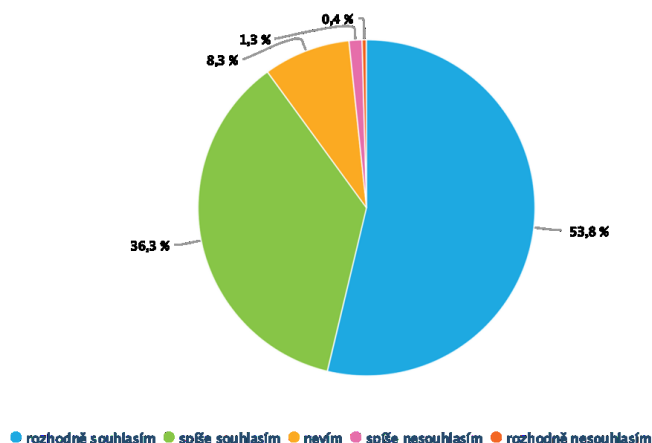
Graf 57- otázka č. 31 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



Odpověď rozhodně souhlasím, uvedlo 63% dotazovaných z pomáhajících profesí, spíše souhlasím zvolilo možnost 32%, nevím 2%, spíše nesouhlasím 3% a žádný dotazovaný z tohoto výzkumu neuvedl odpověď rozhodně nesouhlasím. Pedagogové uvedli tyto odpovědi: 50% rozhodně souhlasím, 39% spíše souhlasím, 6% nevím a 5% spíše nesouhlasím. Respondenti z technicky zaměřených oborů uvedli: 33% rozhodně souhlasím, 45% spíše souhlasím, 17% nevím, a 5% spíše souhlasím.

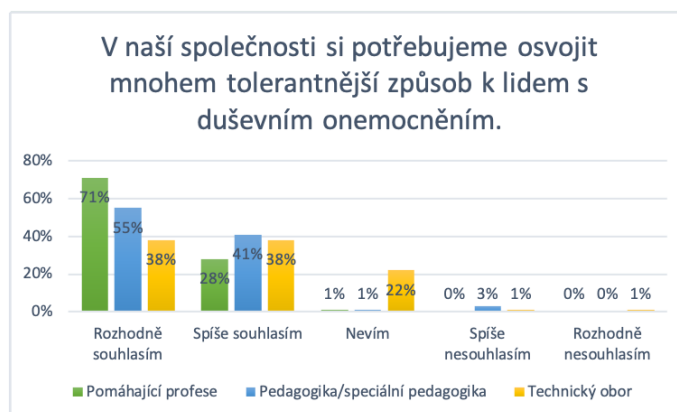
Graf 58- otázka č. 32 (odpovědi všech tří skupin)

**V naší společnosti si potřebujeme osvojit mnohem tolerantnější přístup k lidem s duševním onemocněním.**



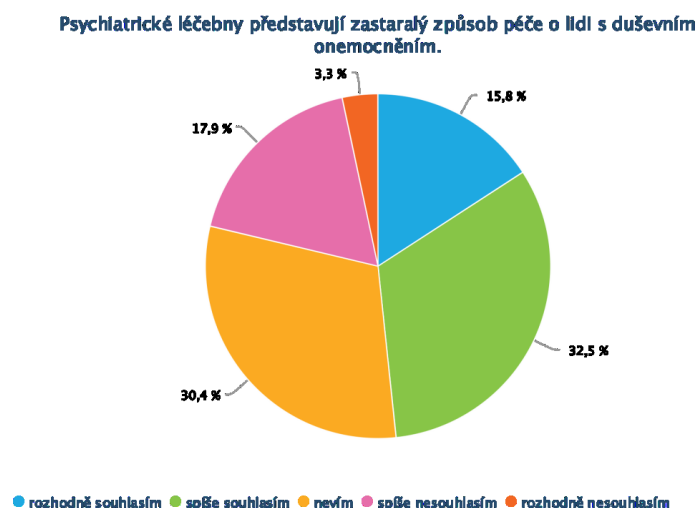
Více než polovina dotazovaných (53,8%) uvedla, že si společnost rozhodně potřebuje osvojit mnohem tolerantnější přístup k lidem s duševním onemocněním. K odpovědi spíše souhlasím se přiklonilo 36,3% respondentů, možnost nevím zvolilo 8,3%, spíše souhlasím 1,3% a pouze 0,4% zvolilo variantu spíše nesouhlasím.

Graf 59- otázka č. 32 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



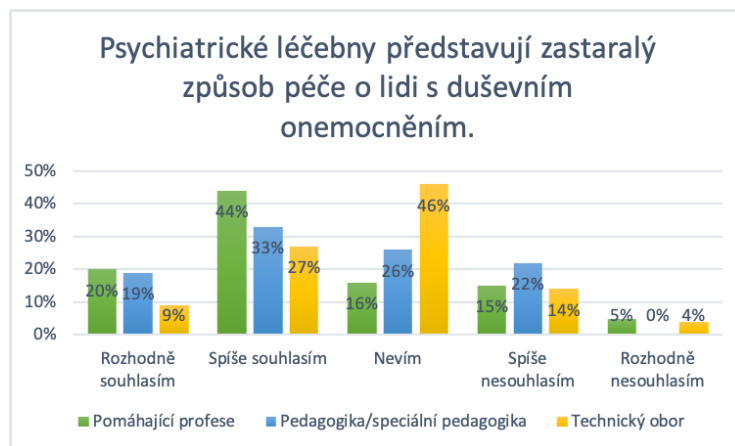
S touto tezí rozhodně souhlasí 71% dotazovaných z pomáhajících profesí, spíše souhlasí 28%, neví 1% a odpověď spíše nesouhlasím a rozhodně nesouhlasím nezvolil nikdo z této skupiny respondentů. Rozhodně souhlasím uvedlo 55% pedagogů, spíše souhlasím 41%, nevím 1%, spíše nesouhlasím 3% a nikdo nevybral možnost rozhodně souhlasím. Respondenti z technických oborů odpověděli takto: 38% rozhodně souhlasím a stejný počet vybral variantu spíše souhlasím, 22% neví a vždy po 1% zvolili odpovědi spíše nesouhlasím a rozhodně nesouhlasím.

Graf 60 – otázka č. 33 (odpovědi všech tří skupin)



S tímto výrokem spíše souhlasí 32,5% respondentů. Odpověď nevím vybralo 30,4% dotazovaných, 17,9% se přiklonilo k odpovědi spíše nesouhlasím, rozhodně s tím nesouhlasí 15,8% a 3,3% rozhodně nesouhlasí.

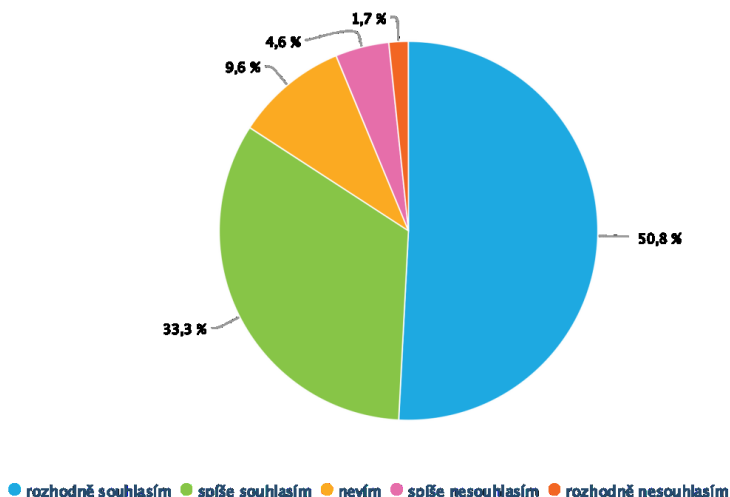
Graf 61- otázka č. 33 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



S tím, že psychiatrické léčebny představují zastaralý způsob péče o lidi s duševním onemocněním rozhodně souhlasí 20% respondentů z pomáhajících profesí, spíše souhlasí 44%, neví 16%, spíše nesouhlasí 15% a rozhodně nesouhlasí 5%. Dotazovaná z 2. skupiny volili tyto odpovědi: 19% rozhodně souhlasím, 33% spíše souhlasím, 26% nevím, 22% spíše nesouhlasím a nikdo nezvolil možnost rozhodně nesouhlasím. Poslední skupina zvolila v 9% odpověď rozhodně souhlasím, 27% spíše souhlasím, 46% nevím, 14% spíše nesouhlasím a 4% rozhodně nesouhlasím

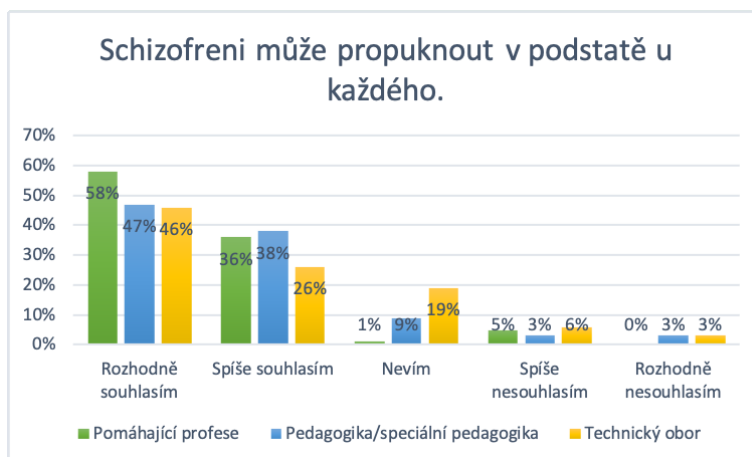
Graf 62- otázka č. 34 (odpovědi všech tří skupin)

**Schizofrenie může propuknout v podstatě u každého.**



Více než polovina dotazovaných (50,8%) rozhodně souhlasí s tím, že schizofrenie může propuknout v podstatě u každého a 33,3% zvolilo variantu spíše souhlasím. Nevím zvolilo 9,6% respondentů a spíše nesouhlasím 4,6%. Zbýlých 1,7% odpovědělo rozhodně nesouhlasím.

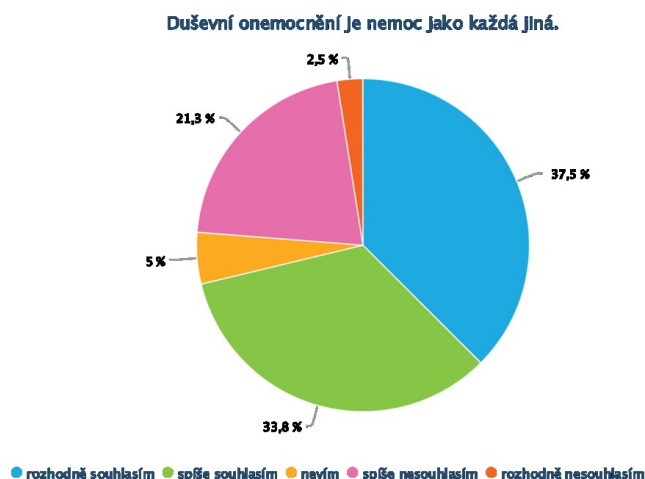
Graf 63- otázka č. 34 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



S touto tezí rozhodně souhlasí 58% respondentů z 1. skupiny, spíše souhlasí 36%, neví 1%, spíše nesouhlasí 5% a nikdo z této skupiny neuvedl odpověď rozhodně nesouhlasím. Dotazovaní ze 2. skupiny odpovídali takto: 47% rozhodně souhlasím, 38% spíše souhlasím, 9% nevím, 3% spíše nesouhlasím a 3% rozhodně nesouhlasím. Studenti a absolventi ze 3. skupiny zvolili tyto odpovědi: 46% rozhodně souhlasím, 26% spíše souhlasím, 19% nevím, 6% spíše nesouhlasím a 3% rozhodně nesouhlasím.

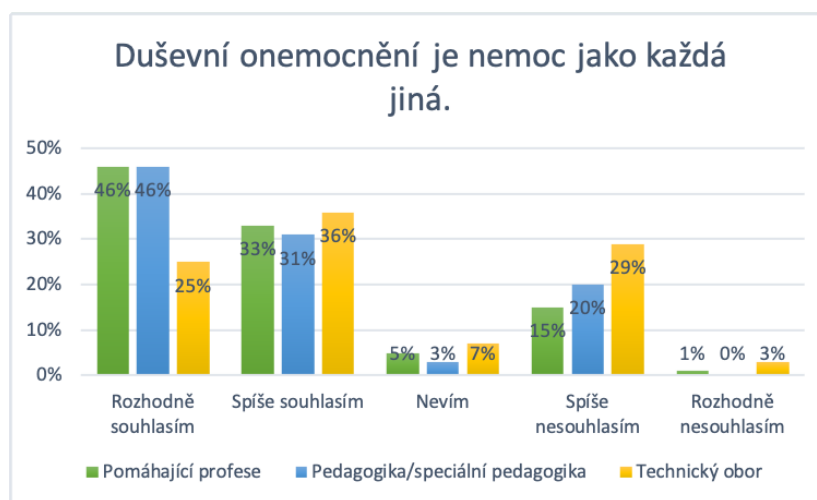


Graf 64- otázka č. 35 (odpovědi všech tří skupin)



Na otázku, zda je duševní onemocnění nemoc jako každá jiná zvolilo odpověď rozhodně souhlasím 37,5% dotazovaných. Respondenti v počtu 33,8% vybrali možnost spíše souhlasím, 21,3% naopak spíše nesouhlasím, 5% nevím a 2,5% s danou otázkou rozhodně souhlasí.

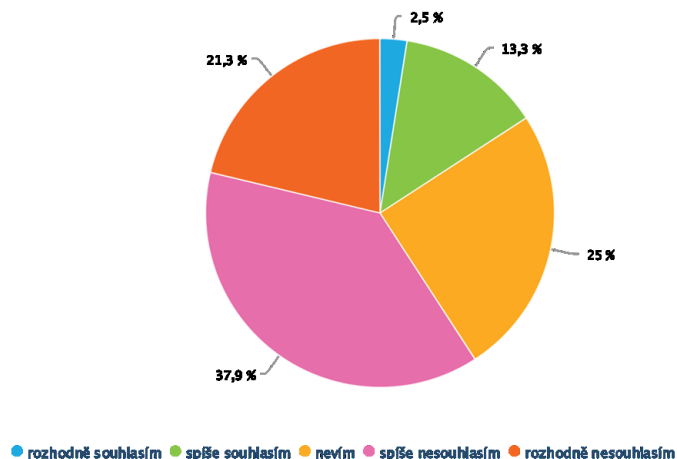
Graf 65- otázka č. 35 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



Studenti a absolventi ze skupiny pomáhajících profesí odpovídali takto: 46% rozhodně souhlasím, 33% spíše souhlasím, 5% nevím, 15% spíše nesouhlasím a 1% rozhodně nesouhlasím. Pedagogicky zaměření respondenti volili takovéto odpovědi: 46% rozhodně souhlasím, 31% spíše souhlasím, 3% nevím, 2% spíše nesouhlasím a nikdo nevybral možnost rozhodně nesouhlasím. Dotazovaní z technicky zaměřených oborů ve 25% rozhodně souhlasí, 36% spíše souhlasí, 7% neví, 29% spíše nesouhlasí a 3% rozhodně nesouhlasí.

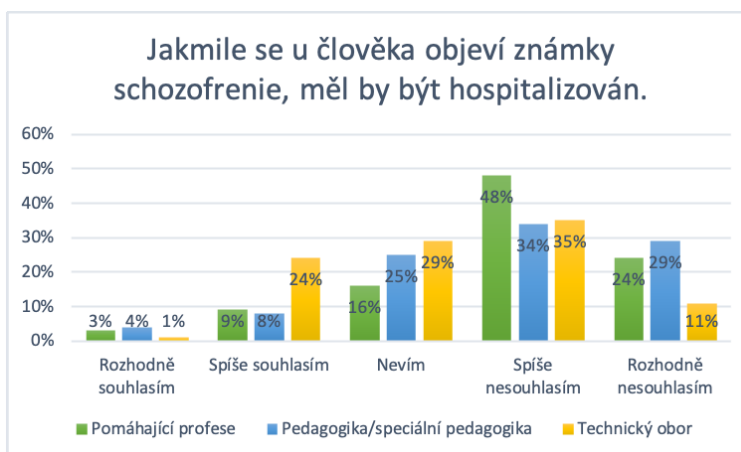
Graf 66- otázka č. 36 (odpovědi všech tří skupin)

**Jakmile se u člověka objeví známky schizofrenie, měl by být hospitalizován.**



S touto otázkou spíše nesouhlasí 37,9% dotazovaných. Odpověď 'nevím' vybralo 25% respondentů. S tím, že by měli být po prvních známkách schizofrenie daní jedinci hned hospitalizováni rozhodně nesouhlasí 21,3%, spíše s tím souhlasí 13,3% a 2,5% zvolilo možnost rozhodně souhlasím.

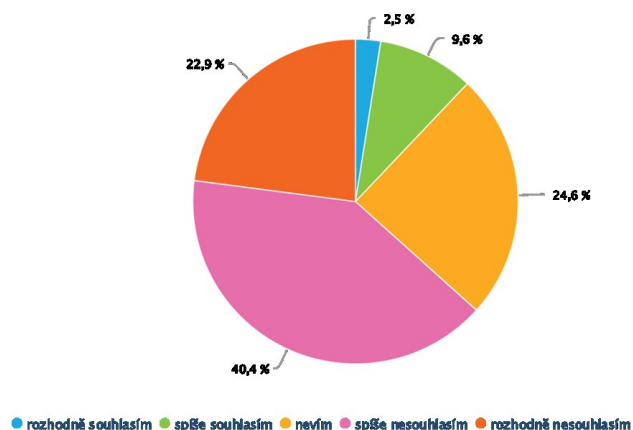
Graf 67- otázka č. 36 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



Dotazovaní z pomáhajících profesí s tímto výrokem rozhodně souhlasí ve 3%, spíše souhlasí 9%, neví 16%, spíše nesouhlasí 48% a rozhodně nesouhlasí 24%. Z 2. skupiny rozhodně souhlasí 4%, spíše souhlasí 8%, neví 25%, spíše nesouhlasí 34% a rozhodně nesouhlasí 29%. Poslední skupiny zvolila odpovědi v tomto procentuálním rozložení: 1% rozhodně souhlasím, 24% spíše souhlasím, 29% nevím, 35% spíše nesouhlasím a 11% rozhodně nesouhlasím.

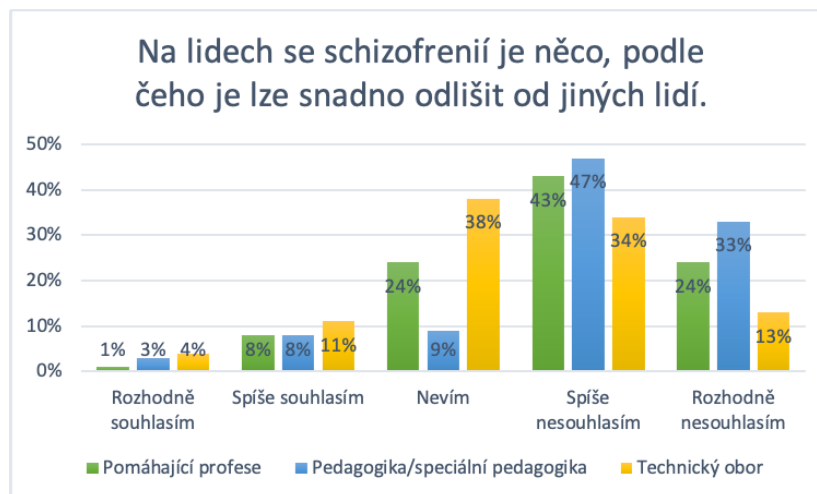
Graf 68- otázka č. 37 (odpovědi všech tří skupin)

Na lidech se schizofrenií je něco, podle čeho je lze snadno odlišit od jiných lidí.



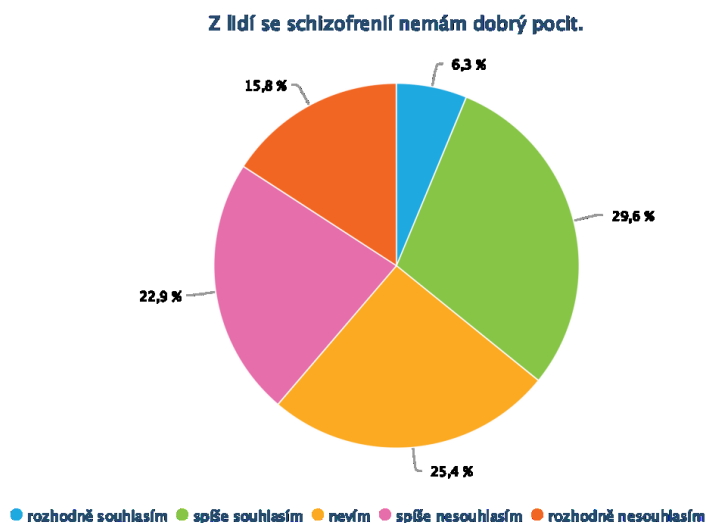
Na mou otázku, zda se respondenti domnívají, že je na lidech se schizofrenií něco, podle čeho je lze snadno odlišit od jiných lidí, odpovědělo 40,4% spíše nesouhlasím. Variantu nevím, zvolilo 24,6% dotazovaných, 22,9% uvedlo rozhodně souhlasím, 9,6% spíše souhlasím a 2,5% rozhodně souhlasím.

Graf 69- otázka č. 37 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



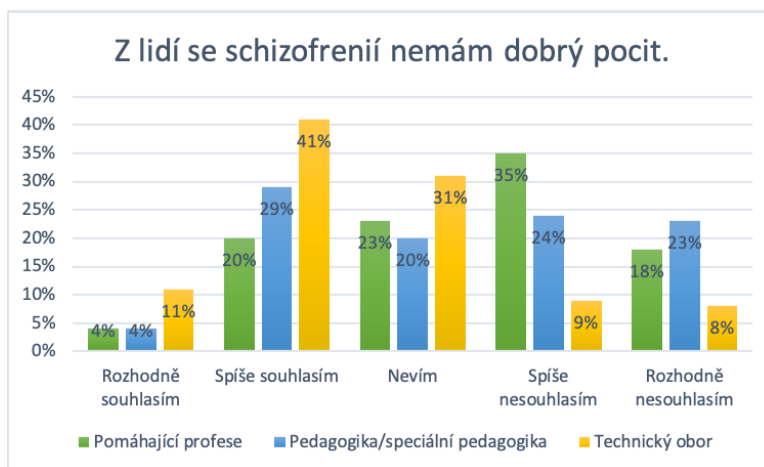
A daným výrokem rozhodně souhlasí 1% dotazovaných z 1. skupiny, spíše souhlasí 8%, neví 24%, spíše nesouhlasí 43% a rozhodně nesouhlasí 24%. Skupina č. 2 odpovídala takto: 3% rozhodně souhlasím, 8% spíše souhlasím, 9% nevím, 47% spíše nesouhlasím a 33% rozhodně nesouhlasím. Poslední skupina volila tyto odpovědi: 4% rozhodně souhlasím, 11% spíše souhlasím, 38% nevím, 34% spíše nesouhlasím a 13% rozhodně nesouhlasím.

Graf 70- otázka č. 38 (odpovědi všech tří skupin)



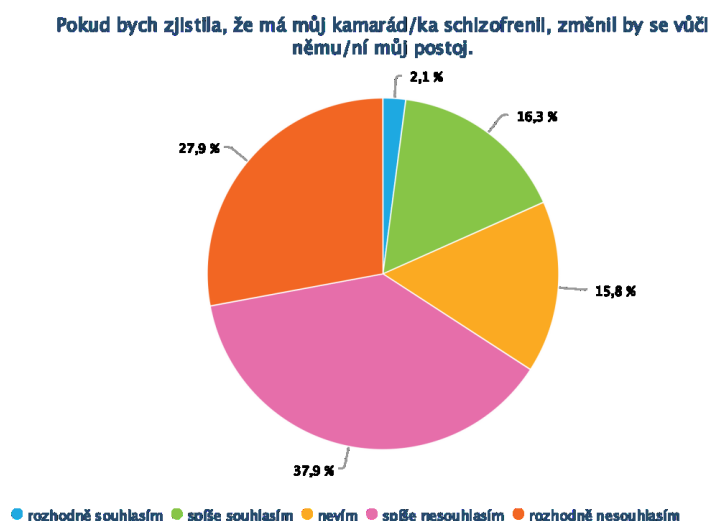
S otázkou, zda z lidí se schizofrenií nemají dotazovaní dobrý pocit uvedlo 29,6% spíše souhlasím. Možnost nevím zvolilo 25,4%. S otázkou spíše nesouhlasí 22,9% respondentů a 15,8% s tím rozhodně nesouhlasí. Zbýlých 6,3% uvedlo variantu rozhodně souhlasím.

Graf 71- otázka č. 38 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



S touto tezí rozhodně souhlasí 4% ze skupiny pomáhajících profesí, spíše souhlasí 20%, neví 23%, spíše nesouhlasí 35% a rozhodně nesouhlasí 18%. Skupina pedagogů/speciálních pedagogů zvolila tyto odpovědi: 4% rozhodně souhlasím, 29% spíše souhlasím, 20% nevím, 24% spíše nesouhlasím a 23% rozhodně nesouhlasím. Technicky zaměření respondenti se přiklonili k takovýmto odpovědím: 11% rozhodně souhlasím, 41% spíše souhlasím, 31% nevím, 9% spíše souhlasím a 8% rozhodně nesouhlasím.

Graf 72- otázka č. 39 (odpovědi všech tří skupin)



U 37,9% respondentů by se spíše nezměnil postoj vůči jejich kamarádovi/kamarádce, pokud by zjistili, že mají schizofrenii. Rozhodně by nezměnilo postoj 27,9% dotazovaných, 16,3% by ho naopak spíše změnilo a 15,8% uvedlo odpověď nevím. Poslední 2,1% zvolilo možnost rozhodně souhlasím.

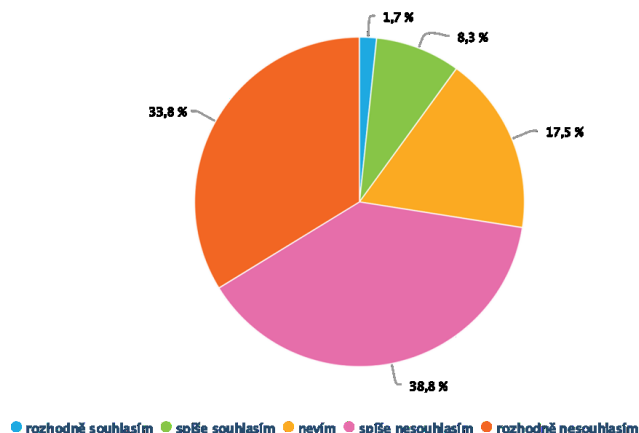
Graf 73- otázka č. 39 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



Na tuto tezi odpovídali respondenti z pomáhajících profesí takto: 0% rozhodně souhlasím, 10% spíše souhlasím, 16% nevím, 41% spíše nesouhlasím a 33% rozhodně nesouhlasím. Odpovědi pedagogů dopadly takto: 3% rozhodně souhlasím, 10% spíše souhlasím, 14% nevím, 40% spíše nesouhlasím a 33% rozhodně nesouhlasím. Technicky zaměřený dotazovaný uvedl tyto odpovědi: 3% rozhodně souhlasím, 25% spíše souhlasím, 14% nevím, 40% spíše nesouhlasím a 18% rozhodně nesouhlasím.

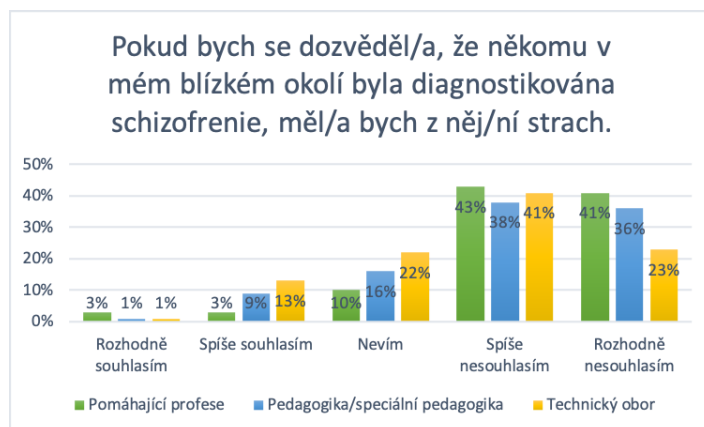
Graf 74- otázka č. 40 (odpovědi všech tří skupin)

Pokud bych se dozvěděl/a, že někomu v mém blízkém okolí byla diagnostikována schizofrenie, měl/a bych z něj/ní strach.



U otázky, pokud by se daný jedinec dozvěděl, že někomu v jeho blízkém okolí byla diagnostikována schizofrenie, tak zda by z něj/ní měl dotazovaný strach, uvedlo 33,8% respondentů spíše nesouhlasím a 33,8% že s tím rozhodně nesouhlasí. Odpověď nevím vybralo 17,5% dotazovaných a 8,3% spíše souhlasím. Rozhodně s tím nesouhlasí 1,7% respondentů.

Graf 75- otázka č. 40 (odpovědi dle jednotlivých oborů)



S tímto výrokem rozhodně souhlasí 3% studentů a absolventů z pomáhajících profesí, 3% spíše souhlasí, 10% uvedlo odpověď nevím, 43% spíše nesouhlasím a 41% rozhodně nesouhlasím. Skupina pedagogů/speciálních pedagogů odpovídala takto: 1% rozhodně souhlasím, 8% spíše souhlasím, 16% nevím, 38% spíše nesouhlasím a 36% rozhodně nesouhlasím. Z respondentů z technických oborů s touto tezí rozhodně souhlasí pouze 1% dotazovaných, spíše souhlasí 13%, neví 22%, spíše souhlasí 41% a 23% rozhodně nesouhlasí.

## Výsledky výzkumného šetření

Poměrně mě překvapilo, že téměř stejné procento dotazovaných, ze všech 3 skupin, má osobní zkušenost s duševním onemocněním. Z pomáhajících profesí a z oboru pedagogika/speciální pedagogika má osobní zkušenost s tímto onemocněním 40% respondentů a pouze o 6% méně z technických oborů.

U otázky ohledně profesní zkušenosti s duševním onemocněním vyšly výsledky podle mého očekávání. Z pomáhajících profesí, uvedlo 66% dotazovaných, že takovouto zkušenost má. Z pedagogů se po profesní stránce s takovýmto člověkem setkalo 29% jedinců a z technicky zaměřených oborů pouze 8% respondentů.

U otázky č. 9 se odpovědi u všech tří skupiny téměř shodovaly. Respondenti z těchto skupin žili nebo nyní žijí spolu s člověkem s psychiatrickou diagnózou v poměru od 20-24%.

Na dotaz, zda respondenti někdy pracovali s někým s duševním onemocněním, odpovědělo 50% respondentů z pomáhajících profesí ano a dále tuto odpověď zvolilo 31% pedagogů a pouze 10% dotazovaných z technicky zaměřených oborů.

Na otázku, zda dotazovaní bydleli či bydlí v sousedství někoho, kdo je duševně nemocný, odpovědělo ano pouze 19% z 1. skupiny, současně 19% z 2. skupiny a 25% ze 3. skupiny.

Blízkého kamaráda/kamarádku s duševním onemocněním měla téměř polovina dotazovaných. Z pomáhajících profesí to bylo 61%, z oboru pedagogika/speciální pedagogika 51% a z technických oborů 46%.

U otázky č. 13 je patrná podobnost odpovědí mezi všemi třemi skupinami. Na tento výrok: „Do budoucna dotazovaným nevadilo žít společně s někým, kdo má duševní onemocnění.“ uvedlo odpověď rozhodně souhlasím 19% dotazovaných z pomáhajících profesí a po 10% z dvou zbylých skupin. Větší výkyvy u odpovědí pozorujeme u odpovědi spíše nesouhlasím, kterou uvedlo 34% respondentů z pomáhajících profesí, 51% pedagogů a 35% studentů a absolventů z technických oborů.

U otázky, zda by dotazovaným nevadilo pracovat s někým, kdo trpí duševním onemocněním, odpovídala většina respondentů kladně, a to odpovědí rozhodně souhlasím a spíše souhlasím. Nejvíce hlasů u odpovědi rozhodně souhlasím dali studenti a absolventi z pomáhajících profesí, a to v počtu 43%, pedagogové 31% a respondenti z technických oborů 16%. U odpovědi spíše souhlasím byly výsledky 38% pomáhající profese, 51% pedagogové

a 45% technické obory. Nikdo z dotazovaných z 1. a 2. skupiny neuvedl odpověď rozhodně nesouhlasím a z technických oborů tuto možnost zvolili jen 3% respondentů.

Na otázku č. 15 odpovídali dotazovaní také velmi pozitivně. Jednalo se o otázku, za by dotazovaným nevadilo bydlet v sousedství duševně nemocného jedince. Respondenti z 1. skupiny uvedli odpověď rozhodně souhlasím v 46% a spíše souhlasím zvolilo 40% respondentů. U pedagogů bylo 43% pro odpověď rozhodně souhlasím a 36% pro spíše souhlasím. A technický obor zvolil v 38% možnost rozhodně souhlasím a 25% z nich uvedlo variantu spíše souhlasím.

I u následující otázky, zda by respondentům nevadilo přátelit se s někým, kdo má duševní onemocnění, byli dotazovaní velmi přívětiví. Respondenti z pomáhajících profesí nejčastěji volili odpověď rozhodně souhlasím (60%) a spíše souhlasím (34%). Obor pedagogiky odpovídal takto: rozhodně souhlasím 56% a spíše souhlasím 30%. Z technicky zaměřených respondentů zvolilo 42% možnost rozhodně souhlasím a 36% spíše souhlasím.

S výrokem, že by měli mít duševně nemocní stejné právo na zaměstnání rozhodně souhlasí 61% z 1. skupiny 62% ze 2. skupiny a 38% ze 3. skupiny. Druhou nejpočetnější odpovědí byla možnost spíše souhlasím: 31% pomáhající profese, 30% pedagogika/speciální pedagogika a 36% technické obory.

U otázky č. 18 sčítaly odpovědi spíše nesouhlasím a rozhodně nesouhlasím více než nadpoloviční většinu. K výroku, že umístění služeb pro lidi s duševním onemocněním do obytných čtvrtí snižuje hodnotu dané lokality vyjádřilo nesouhlas (odpovědi spíše nesouhlasím a rozhodně nesouhlasím) 82% respondentů z pomáhajících profesí, 82% pedagogů a 65% z technických oborů.

I u následující teze byly odpovědi tázaných přikloněny k odpovědím spíše nesouhlasím a rozhodně nesouhlasím. Studenti a absolventi z pomáhajících profesí spíše nesouhlasí s tím, že pomyšlení na to, že lidé s duševním onemocněním žijí v obytných čtvrtí je děsivé ve 24%, pedagogové zvolili tuto variantu v 35% a technici v 31%. Odpověď rozhodně nesouhlasím vypadá procentuálně takto: 65% pomáhající profese, 51% pedagogové a 50% technické zaměření.

Toho, že se obyvatelé nemusejí bát příchodu duševně nemocných do jejich čtvrtí za účelem využití služeb péče, se rozhodně domnívá 49% respondentů z pomáhajících profesí,



40% pedagogů, ale pouze 28% dotazovaných z technických oborů. Odpověď spíše souhlasím zvolilo 41% z 1. skupiny, 50% ze 2. skupiny a 41% ze 3. skupiny.

S poskytováním služeb komunitním způsobem rozhodně a spíše souhlasí celkem 92% respondentů z pomáhajících profesí, 89% ze skupiny pedagogika/speciální pedagogika a 79% z poslední skupiny dotazovaných. U dané teze neuvedl nikdo opověď rozhodně nesouhlasím.

Výrok č. 22, který zněl: Nejlepší terapií pro mnoho lidí s duševním onemocněním je být součástí společnosti, rozhodně a spíše souhlasí téměř všichni dotazovaní. U pomáhajících profesí odpovědi rozhodně souhlasím a spíše souhlasím sčítají 89%, u pedagogů 85% a u techniků 64%.

U tohoto výroku je již patrný rozdílný pohled technicky zaměřených dotazovaných a dvou zbylých skupin. Respondenti z pomáhajících profesí volili odpověď spíše souhlasím ze 41% a pedagogové z 39%, kdežto technicky zaměření dotazovaní pouze z 23%. Nemají tedy takovou důvěru v ženy, které byly v minulosti pacientkami psychiatrických léčení.

Respondenti z pomáhajících profesí odpovídali na to, že duševně nemocní lidé jsou ve skutečnosti méně nebezpeční, než si většina lidí myslí, nejčastěji odpovědi rozhodně souhlasím, u oboru pedagogika/speciální pedagogika byla tato odpověď, stejně tak jako u studentů technických oborů uvedena v 19%. Nejčastější odpovědi pedagogů zde byla možnost spíše souhlasím a to v 63% a současně také i u technických oborů a to v počtu 43%.

I u následující teze je patrné, že nejtolerantnější se v tomto výzkumu projevují studenti pomáhajících profesí. S tím, že nikdo nemá právo vylučovat duševně nemocné jedince z jejich čtvrti rozhodně souhlasí 72% z 1. skupiny, 57% ze 2. skupiny a 45% ze 3. skupiny. V celku se však respondenti z pomáhajících profesí, i z oboru/pedagogika/ speciální pedagogika přiklonily ve více než z 90% k odpovědím rozhodně souhlasím a spíše souhlasím. U technicky zaměřených oborů tyto dvě odpovědi sčítaly 78%.

I u následující otázky jsou odpovědi spíše přívětivé, hlavně od dotazovaných z 1. a 2. skupiny. Otázka č. 26 zněla takto: Nechtěl/a bych bydlet vedle někoho, kdo je duševně nemocný. Odpovědi spíše nesouhlasím a rozhodně nesouhlasím sčítaly u 1. skupiny 86%, u 2. skupiny 61% a u 3. skupiny 54%. Největší výkyv u této otázky byl u odpovědi spíše souhlasím, kterou zvolilo až 20% dotazovaných z technicky zaměřených oborů.

Následující výrok, který zněl, že by duševně nemocným neměla být svěřována jakákoli zodpovědnost byl opět poměrně úspěšný ve prospěch lidí s duševním onemocněním. Studenti a absolventi z pomáhajících profesí volili nejčastěji odpověď rozhodně nesouhlasím (53%)

a spíše nesouhlasím (41%). Pedagogicky zaměřeni dotazovaní volili nejčastěji odpověď spíše nesouhlasím (48%) a druhou nejčastější odpovědí bylo rozhodně nesouhlasím (31%). Technické obory volily nejvíce možnost spíše nesouhlasím (48%) a následně rozhodně nesouhlasím (15%), současně však také 15% z nich zvolilo variantu spíše souhlasím.

S výrokem, že existuje dostatek služeb pro lidi s duševním onemocněním spíše nesouhlasí 49% z 1. skupiny a rozhodně nesouhlasí 21%. Nejčastější odpovědí pedagogů byla varianta nevím a to z 50%, následně spíše nesouhlasím 30% a rozhodně nesouhlasím 11%. Technicky zaměřeni respondenti uvedli nejčastěji odpověď nevím, a to až v 63%, dále 30% zvolilo možnost spíše nesouhlasím a 8% rozhodně nesouhlasím.

U výroku, který zní: „Zvýšení výdajů na služby pro duševně nemocné je plýtvání penězi.“ uváděli dotazovaní z technických oborů často odpověď nevím, tuto možnost zvolilo 22% respondentů. Z této skupiny však nejčastěji zvolili odpověď rozhodně nesouhlasím (38%) a následně spíše nesouhlasím (33%). Dotazovaní z pomáhajících profesí volili nejčastěji odpověď rozhodně nesouhlasím (56%) a spíše nesouhlasím (38%). Nejčastější odpovědí pedagogů byla možnost spíše nesouhlasím (54%) a následně rozhodně nesouhlasím 40%.

S tím, že duševně nemocní představují zátěž pro společnost rozhodně nesouhlasí 53% dotazovaných z pomáhajících profesí a spíše nesouhlasí 29%. Obory pedagogika/speciální pedagogika nejčastěji uvedly odpověď spíše nesouhlasím (49%) a rozhodně nesouhlasím (39%). Respondenti z technický oborů volili nejvíce odpověď spíše nesouhlasím 35% a současně volilo vždy po 20% odpovědi spíše souhlasím a spíše nesouhlasím.

Máme povinnost poskytovat lidem s duševním onemocněním nejlepší možnou péči. S tímto výrokem rozhodně souhlasí 63% dotazovaných z pomáhajících profesí a spíše souhlasí 32%. Pedagogové volili také nejčastěji možnost rozhodně souhlasím (50%) a další spíše souhlasím (39%). Z technických oborů volili nejčastěji odpověď spíše souhlasím (45%) a až poté odpověď rozhodně souhlasím (33%). Nikdo z dotazovaných zde neuvedl odpověď rozhodně nesouhlasím.

Z 1. skupiny, 71% dotazovaných rozhodně souhlasí s tím, že si naše společnost potřebuje osvojit mnohem tolerantnější přístup k duševně nemocným. Odpověď spíše souhlasím zvolilo 28%. Obor pedagogika/speciální pedagogika nejčastěji odpovídal takto: 55% rozhodně souhlasím, 41% spíše souhlasím. A respondenti z technických oborů vybrali nejčastěji současně dvě odpovědi, a to rozhodně souhlasím (38%) a spíše souhlasím (38%).

S tím, že psychiatrické léčebny představují zastaralý způsob péče o lidi s duševním onemocněním rozhodně a spíše souhlasí 64% z 1. skupiny, 52% ze 2. Skupiny a 36% ze 3. skupiny. Zde však byla nečastější odpovědí technických oborů možnost nevím (46%).

Respondenti z pomáhajících profesí rozhodně souhlasí v 58% s výrokem, který zní: Schizofrenie může propuknout v podstatě u každého. Druhou nejčastější odpovědí u této skupiny byla možnost spíše souhlasím (36%). Pedagogové volili také nejčastěji odpověď rozhodně souhlasím (47%) a spíše souhlasím (38%). Technický obor rozhodně souhlasí ze 46% a spíše souhlasí 26% dotazovaných.

Duševní onemocnění je nemoc jako každá jiná. S tímto výrokem rozhodně souhlasí současně 46% z 1. a také ze 2. skupiny. Ze 3. skupiny uvedlo tuto odpověď 25% respondentů. Možnost spíše souhlasím vybralo 33% z pomáhajících profesí, 31% pedagogů a 36% z technických oborů. Častou odpovědí zde byla také možnost spíše nesouhlasím, nejčastěji ji volili dotazovaní z technických oborů (29%), pedagogové (20%) a také 15% z pomáhajících profesí.

U otázky č. 36 se opět setkáváme s tím, že respondenti z technických oborů jsou méně přívětiví vůči lidem s duševním onemocněním. Z těchto oborů, 24% respondentů spíše souhlasím s tím, že po prvních známkách schizofrenie by měl být dotyčný hospitalizován. Druhou nejčastější odpovědí byla varianta spíše nesouhlasím (35%), dále nevím (29%) a rozhodně nesouhlasím uvedlo 11% dotazovaných z technických oborů. Pomáhající profese si vedla takto: 48% spíše nesouhlasím, 24% rozhodně nesouhlasím a 16% uvedlo odpověď nevím. Nejčastější odpovědí u pedagogů byla možnost spíše nesouhlasím (34%), rozhodně nesouhlasím (29%) a třetí nejčastější odpovědí byla možnost nevím (25%).

Respondenti z 1. skupiny na výrok, že je na lidech se schizofrenií něco, podle čeho je můžeme snadno odlišit od jiných lidí, odpovídali nejčastěji spíše nesouhlasím a rozhodně nesouhlasím (celkem 67%). Dotazovaná z oblasti pedagogika/speciální pedagogika také nejčastěji volili již zmiňované odpovědi a to v 80%. Technický obor volil nejčastěji odpověď nevím (38%), a součet odpovědí spíše a rozhodně nesouhlasím činí 47%.

S výrokem, že z lidí se schizofrenií nemají dobrý pocit, spíše souhlasí 41% respondentů z technických oborů, 29% pedagogů a 20% dotazovaných z pomáhajících profesí. Odpověď rozhodně souhlasím uvedly vždy po 4% z 1. a 2. skupiny a 11% ze 3. skupiny. S výrokem naopak rozhodně nesouhlasí 18% z pomáhajících profesí, 23% pedagogů a 8% z tázaných z technických

oborů. Spíše nesouhlasím zvolilo 35% z 1. skupiny, 24% ze 2. skupiny a 9% ze 3. skupiny. Také se zde poměrně často objevila odpověď nevím. U studentů a absolventů pomáhajících profesí zvolilo tuto odpověď 23%, z oboru pedagogika/speciální pedagogika 20% a z technických oborů 31%.

Pokud by se dotazovaní z pomáhajících profesí dozvěděli, že má jejich kamarád/ka schizofrenii, tak by svůj postoj vůči němu/ní spíše nezměnilo 41% a rozhodně nezměnilo 33%. Z respondentů z oboru pedagogika/sociální pedagogika by postoj spíše nezměnilo 40% (stejný počet i z technických oborů) a rozhodně nezměnilo 33% (opět stejný počet i u respondentů z technických oborů). Dotazovaní ze 3. skupiny však ve 25% také uvedli odpověď spíše souhlasím.

U poslední otázky, zda by měli dotazovaní strach z blízké osoby, o které se dozvěděli, že jí byla diagnostikována schizofrenie, byly nejčastější odpovědi respondentů z pomáhajících profesí spíše nesouhlasím a rozhodně nesouhlasím (celkem 84%). Součet těchto odpovědí u pedagogů činí 74% a u technických oborů 64%.

## Závěr

Zdraví je pro každého člověka asi tou nejdůležitější věcí na světě. Bohužel ne všichni jedinci jsou úplně zdraví. Někteří z nás trpí např. právě duševní poruchou. Jedná se o závažné onemocnění, se kterým se musejí postupně naučit žít.

Cílem mé diplomové práce bylo poskytnout přehledné informace o duševním onemocnění, se zaměřením převážně na schizofrenii. Věnovala jsem se historii, základním informacím, průběhu nemoci, zabývala jsem se příčinami vzniku tohoto onemocnění a také jsem věnovala část práce příznakům schizofrenie. Během teoretické části jsem se zaměřila na průběh a prognózu schizofrenie a také na všechny čtyři formy tohoto onemocnění, které jsem podrobně popsala. Část práce byla zaměřena na léčbu schizofrenie pomocí psychofarmak a psychoterapii.

Druhá polovina teoretické části byla zaměřena na duševní onemocnění a společnost. Zabývala jsem se tím, jaký má schizofrenie sociální význam. Také jsem se zaměřila na stigmatizaci duševně nemocných. V své práci jsem chtěla předložit postoj společnosti k lidem s duševním onemocněním. Jedna z částí byla věnována dopadům duševního onemocnění na rodinu daného jedince. Dále jsem zde zmínila práva duševně nemocných.

Značná část práce byla věnována péči o duševně nemocné. Zaměřila jsem se na systém psychiatrické péče o osoby s duševním onemocněním. Popsala jsem psychiatrickou, ambulantní, lůžkovou a komunitní psychiatrickou péči. Poslední kapitola v teoretické části se věnovala sociálním službám pro osoby s duševním onemocněním a jaké jsou cíle jednotlivých služeb. Také jsem zmínila některé organizace zabývající se duševním onemocněním.

V praktické části práce jsem se chtěla dozvědět, jak lidi s duševním onemocněním, zvláště se schizofrenií, vnímá jejich sociální okolí. Domnívala jsem se, že respondenti z pomáhajících profesí budou vůči lidem s psychiatrickou diagnózou nejtolerantnější, následovat budou dotazovaní z oboru pedagogika/speciální pedagogika a nejméně tolerantní a informovaní budou studenti a absolventi z technických oborů. svým výzkumem jsem tuto hypotézu potvrdila. Musím však uznat, že jsem se domnívala, že se rozdíl mezi 1. a 2. skupinou bude lišit mnohem více od 3. skupiny. Tak razantní rozdíl, jaký jsem však předpokládala, zde nebyl, což shledávám jako velmi pozitivní. I přesto, že se respondenti z technických oborů profesně nestýkají s lidmi s duševním onemocněním, tak ve značné části otázek odpovídali pozitivním postojem vůči těmto jedincům.

Zpracování diplomové práce mě obohatilo o mnoho poznatků z oblasti duševního onemocnění. Pomocí výzkum jsem mohla zjistit, zda v dnešní době neustále přetrvává strach z lidí s duševním onemocněním a současně si ověřit, zda je to v důsledku nedostatečné znalosti dané problematiky.

## Seznam použité literatury:

1. ČEŠKOVÁ, Eva. *Psychiatrie pro praxi*, 2008. ISSN 1213-0508.
2. ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. rozšíř. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, Farmakoterapie pro praxi, sv. 21. ISBN 978-80-734-5114-1.
3. DRAGOMIRECKÁ, Eva. BARTOŇOVÁ, Jitka. *WHOQOL-BREF, WHOQL-100: World health organization quality of life assessment : Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*, 1. Vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
4. EDELSBERGER, Ludvík. *Defektologický slovník*. Jinočany: H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
5. GABRIEL, Jožka. *Jak se má změnit psychiatrická péče*. Esprit: časopis pro všechny, kterým duševní strasti nejsou lhostejné. 2012. ISSN 1214-2123.
6. HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 3.vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.
7. HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004, s 53. ISBN 80-7178-803-1.
8. HAUSNER, Milan. *Duševně nemocný mezi námi*. 4. vyd. Praha: Avicenum, 1981. ISBN 08-068-82.
9. HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan, ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2004. ISBN 80-900130-7-4.
10. JAROLÍMEK, Martin. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Občanské sdružení Baobab, 2006. ISBN 80-254-8619-2.
11. KALINA, Kamila. *Jak žít s psychózou?* Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.
12. KORR, Wynne., S. a FORD, Briggett., C. *Measuring quality of life in the mentally ill. Quality of Life Research*. 2003. ISSN 0962-9343.
13. MAHROVÁ, Gabriela a VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
14. MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-700-0.
15. MATOUŠEK, Oldřich. a kol. *Sociální služby*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262.

16. NEDLEY, Neil. *Život bez deprese*. Praha: Advent – Orion, spol. s. r. o., 2007, s. 23. ISBN 978-80-7172-023-2.
17. PRAŠKO, J. *Léčíme se s psychózou*. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2.
18. PRAŠKO, J. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*. Praha: Janssen-Cilag, 1998. ISBN neuvedeno.
19. PROBSTOVÁ, Václava. *Sociální práce s duševně nemocnými*. In: MATOUŠEK, Ooldřich. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7002-X.
20. PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
21. SKOPOVÁ, Jaroslava, *Schizofrenie-vážné, ale dobře léčitelné onemocnění, informace pro pacienty a jejich blízké*. Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492- 232- 9.
22. SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie: diagnostika*. 2. rozšíř. vyd. Praha: Maxdorf-Jessenius, 2001. ISBN 80-85912-18-X.
23. SVOBODA, Mojmir. ČEŠKOVÁ, Eva; KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
24. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.
25. VRŠTÍKOVÁ, Marie. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Tribun, 2009. ISBN 978-80-7399-877-6.
26. VYMĚTAL, Jan. *Psychoterapie – Pomoc psychologickými prostředky*. Praha: Horizont, 1989. ISBN 80-7012-004-5.



## Elektronické zdroje:

1. Cesty z labyrintu duševní nemoci, Česká asociace pro psychicky nemocné, příručka k projektu z programu Transition Facility Evropské Unie, 2007
2. [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2014\\_5\\_250\\_258.pdf?fbclid=IwAR3I2TbzRYy0JaeXL26RK758NbUeOnUhuMotZp1dnsHG VF9wyrv1in2U3QA](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_5_250_258.pdf?fbclid=IwAR3I2TbzRYy0JaeXL26RK758NbUeOnUhuMotZp1dnsHG VF9wyrv1in2U3QA) - s. 251
3. <https://www.muymindset.cz/stigma/co-je-to-stigma/>
4. <https://www.uzis.cz/res/f/008308/psych2018.pdf>
5. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. Social Science & Medicine 2010; 71: 2150–2161.  
[http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2014\\_5\\_250\\_258.pdf?fbclid=IwAR3I2TbzRYy0JaeXL26RK758NbUeOnUhuMotZp1dnsHG VF9wyrv1in2U3QA](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_5_250_258.pdf?fbclid=IwAR3I2TbzRYy0JaeXL26RK758NbUeOnUhuMotZp1dnsHG VF9wyrv1in2U3QA)
6. Pěč, Ondřej. Komunitní péče. Psychiatrie.cz. 2014 [cit. 2014-02-02]. Dostupné z: [http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=200&Itemid=106](http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=200&Itemid=106)
7. <http://capz-esprit.sweb.cz/new/index.html>
8. <http://www.esethelp.cz>
9. <https://www.fokus-cr.cz/index.php>
10. <https://www.spolekkolumbus.cz/cs/>
11. <https://www.greendoors.cz/cs/homepage/>
12. <http://www.cmhcd.cz/centrum/uvod/>

## Seznam obrázků:

Obrázek 1- Model interakce zranitelnosti a stigmatizace na počátku a v průběhu nemoci (Kol. autorů, 2014). .....	22
Obrázek 2- -Struktura hospitalizací v psychiatrických léčebnách podle skupin psychiatrických diagnóz (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018, s. 28). .....	29
Obrázek 3- Struktura hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic podle skupin psychiatrických diagnóz (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018, s. 28). .....	29
Obrázek 4- Struktura léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz(Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018, s 29). .....	30
Obrázek 5- Počet hospitalizací ve všech zdravotnických lůžkových zařízeních se základní diagnózou F00–F99 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018, s. 29). .....	30

## Seznam zkratek:

Apod.	a podobně
Atd.	a tak dále
Č.	číslo
Např.	například
Sk.	skupina
Tj.	to je
Tzv.	takzvaně

## Seznam grafů

Graf 1- otázka č. 1 (odpovědi všech tří skupin) .....	42
Graf 2- otázka č. 2 (odpovědi všech tří skupin) .....	43
Graf 3- otázka č. 3 (odpovědi všech tří skupin) .....	44
Graf 4- otázka č. 4 (odpovědi všech tří skupin) .....	45
Graf 5- otázka č. 4 (odpovědi všech tří skupin) .....	46
Graf 6- otázka č. 5 (odpovědi všech tří skupin) .....	47
Graf 7- otázka č. 6 (odpovědi všech tří skupin) .....	48
Graf 8- otázka č. 7 (odpovědi všech tří skupin) .....	49
Graf 9- otázka č. 7 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	49
Graf 10- otázka č. 8 (odpovědi všech tří skupin) .....	50
Graf 11- otázka č. 8 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	50
Graf 12- otázka č. 9 (odpovědi všech tří skupin) .....	51
Graf 13- otázka č. 9 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	51
Graf 14- otázka č. 10 (odpovědi všech tří skupin) .....	52
Graf 15- otázka č. 10 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	52
Graf 16- otázka č. 11 (odpovědi všech tří skupin) .....	53
Graf 17- otázka č. 11 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	53
Graf 18- otázka č. 12 (odpovědi všech tří skupin) .....	54
Graf 19- otázka č. 12 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	54
Graf 20- otázka č. 13 (odpovědi všech tří skupin) .....	55
Graf 21- otázka č. 13 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	55
Graf 22- otázka č. 14 (odpovědi všech tří skupin) .....	56
Graf 23- otázka č. 14 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	56
Graf 24- otázka č. 15 (odpovědi všech tří skupin) .....	57
Graf 25- otázka č. 15 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	57
Graf 26- otázka č. 16 (odpovědi všech tří skupin) .....	58
Graf 27- otázka č. 16 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	58
Graf 28- otázka č. 17 (odpovědi všech tří skupin) .....	59
Graf 29- otázka č. 17 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	59
Graf 30- otázka č. 18 (odpovědi všech tří skupin) .....	60

Graf 31- otázka č. 18 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	60
Graf 32- otázka č. 19 (odpovědi všech tří skupin) .....	61
Graf 33- otázka č. 19 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	61
Graf 34- otázka č. 20 (odpovědi všech tří skupin) .....	62
Graf 35- otázka č. 20 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	62
Graf 36- otázka č. 21 (odpovědi všech tří skupin) .....	63
Graf 37- otázka č. 21 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	63
Graf 38- otázka č. 22 (odpovědi všech tří skupin) .....	64
Graf 39- otázka č. 22 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	64
Graf 40- otázka č. 23 (odpovědi všech tří skupin) .....	65
Graf 41- otázka č. 23 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	65
Graf 42- otázka č. 24 (odpovědi všech tří skupin) .....	66
Graf 43- otázka č. 24 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	66
Graf 44- otázka č. 25 (odpovědi všech tří skupin) .....	67
Graf 45- otázka č. 25 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	67
Graf 46- otázka č. 26 (odpovědi všech tří skupin) .....	68
Graf 47- otázka č. 26 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	68
Graf 48- otázka č. 27 (odpovědi všech tří skupin) .....	69
Graf 49- otázka č. 27 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	69
Graf 50- otázka č. 28 (odpovědi všech tří skupin) .....	70
Graf 51- otázka č. 28 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	70
Graf 52- otázka č. 29 (odpovědi všech tří skupin) .....	71
Graf 53- otázka č. 29 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	71
Graf 54- otázka č. 30 (odpovědi všech tří skupin) .....	72
Graf 55- otázka č. 30 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	72
Graf 56- otázka č. 31 (odpovědi všech tří skupin) .....	73
Graf 57- otázka č. 31 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	73
Graf 58- otázka č. 32 (odpovědi všech tří skupin) .....	74
Graf 59- otázka č. 32 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	74
Graf 60 – otázka č. 33 (odpovědi všech tří skupin) .....	75
Graf 61- otázka č. 33 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	75

Graf 62- otázka č. 34 (odpovědi všech tří skupin) .....	76
Graf 63- otázka č. 34 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	76
Graf 64- otázka č. 35 (odpovědi všech tří skupin) .....	77
Graf 65- otázka č. 35 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	77
Graf 66- otázka č. 36 (odpovědi všech tří skupin) .....	78
Graf 67- otázka č. 36 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	78
Graf 68- otázka č. 37 (odpovědi všech tří skupin) .....	79
Graf 69- otázka č. 37 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	79
Graf 70- otázka č. 38 (odpovědi všech tří skupin) .....	80
Graf 71- otázka č. 38 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	80
Graf 72- otázka č. 39 (odpovědi všech tří skupin) .....	81
Graf 73- otázka č. 39 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	81
Graf 74- otázka č. 40 (odpovědi všech tří skupin) .....	82
Graf 75- otázka č. 40 (odpovědi dle jednotlivých oborů) .....	82

### Příloha 1- Vzorový dotazník

#### **Jak lidi s duševním onemocněním, zvláště se schizofrenií, vnímá jejich sociální okolí**

Vážení studenti,

jmenuji se Monika Janáčková a jsem studentkou 2. ročníku NMgr. oboru Sociální práce na Karlově univerzitě. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku na téma duševní onemocnění. Tento dotazník poslouží k praktické části mé diplomové práce, jejíž název je Jak lidi s duševním onemocněním, zvláště se schizofrenií, vnímá jejich sociální okolí. Předem Vás ujišťuji, že se jedná o anonymní sběr dat a výsledky šetření budou použity pouze pro účely mé diplomové práce. Dotazník Vám nezabere více než 5 minut.

Děkuji Vám za Váš čas.

**SPUSTIT DOTAZNÍK**

## 1. Jaké je Vaše pohlaví?\*

Vyberte jednu odpověď

Žena

Muž

## 2. Jaký je Váš věk?\*

Napište jedno nebo více slov

500

## 3. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?\*

Vyberte jednu odpověď

Střední škola s maturitou

Vyšší odborná škola

Vysoká škola (bakalář)

Vysoká škola (magistr/inženýr)

Vysoká škola (doktor)



#### 4. Obor Vašeho studia byl/je:\*

Vyberte jednu odpověď

Sociální práce

Pedagogika/speciální pedagogika

Psychologie

Psychiatrie

Zdravotní sestra

Lékař

Technický obor

Jiná...



## 5. Jaký typ studia současně navštěvujete?\*

Vyberte jednu odpověď

Bakalářské

Magisterské

Navazující magisterské

Doktorské

Již jsem dostudoval/a

## 6. V jakém ročníku jste?\*

Pokud jste již dostudoval/a napište 0.

Napište jedno nebo více slov

500

## 7. Máte osobní zkušenost s duševním onemocněním?\*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

## 8. Máte profesní zkušenost s osobou s duševním onemocněním?\*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

## 9. Žijete v současné době, nebo jste někdy v minulosti žil/a spolu s někým, kdo má/měl duševní onemocnění?\*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

Nevím

**10. Pracujete nyní, nebo jste někdy v minulosti pracoval/a spolu s člověkem s duševním onemocněním?\***

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

Nevím

**11. Máte nyní, nebo jste měl/a někdy v minulosti souseda/ku s duševním onemocněním?\***

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

Nevím

**12. Máte v současné době, nebo jste někdy v minulosti měl/a blízkého kamaráda/kamarádku s duševním onemocněním?\***

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

Nevím

**13. Do budoucna by mi nevadilo žít společně s někým, kdo má duševní onemocnění.\***

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nemám vyhraněný názor

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

nevím

## 14. Do budoucna by mi nevadilo pracovat společně s někým, kdo má duševní onemocnění.\*

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nemám vyhraněný názor

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

nevím

## 15. Do budoucna by mi nevadilo bydlet v sousedství někoho, kdo má duševní onemocnění.\*

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nemám vyhraněný názor

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

nevím

**16. Do budoucna by mi nevadilo přátelit se s někým, u koho se objevilo duševní onemocnění.\***

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nemám vyhraněný názor

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

nevím



## 17. Lidé s duševním onemocněním by měli mít stejné právo na zaměstnání jako kdokoli jiný.\*

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

## 18. Umístění služeb pro lidi s duševním onemocněním do obytných čtvrtí snižuje hodnotu dané lokality.\*

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

## 19. Pomyšlení na to, že lidé s duševním onemocněním žijí v obytných čtvrtích, je děsivé.\*

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

## 20. Obyvatelé se nemusí bát lidí, kteří přicházejí do jejich čtvrti využívat služby péče o duševní zdraví.\*

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

**21. Pokud je to možné, služby péče o duševní zdraví by měly být poskytovány prostřednictvím zařízení komunitní péče (v přirozeném prostředí dané osoby).\***

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

**22. Nejlepší terapií pro mnoho lidí s duševním onemocněním je být součástí společnosti.\***

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

**23. Většině žen, které byly v minulosti pacientkami v psychiatrické léčebně, může být s důvěrou svěřeno dítě na hlídání.\***

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

**24. Lidé s duševním onemocněním jsou mnohem méně nebezpeční, než si většina lidí myslí.\***

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

## 25. Nikdo nemá právo vylučovat lidi s duševním onemocněním z jejich čtvrti.\*

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

## 26. Nechtěl/a bych bydlet vedle někoho, kdo je duševně nemocný.\*

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

**27. Lidem s duševním onemocněním by neměla být svěřována jakákoli zodpovědnost.\***

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

**28. Existuje dostatek služeb pro lidi s duševním onemocněním.\***

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

## 29. Zvýšení výdajů na služby pro duševně nemocné je plýtvání penězi.\*

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

## 30. Lidé s duševním onemocněním představují zátěž pro společnost.\*

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

**31. Máme povinnost poskytovat lidem s duševním onemocněním co nejlepší možnou péči.\***

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

**32. V naší společnosti si potřebujeme osvojit mnohem tolerantnější přístup k lidem s duševním onemocněním.\***

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím



### 33. Psychiatrické léčebny představují zastaralý způsob péče o lidi s duševním onemocněním.\*

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

### 34. Schizofrenie může propuknout v podstatě u každého.\*

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

### 35. Schizofrenie je nemoc jako každá jiná.\*

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

### 36. Jakmile se u člověka objeví známky schizofrenie, měl by být hospitalizován.\*

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

**37. Na lidech se schizofrenií je něco, podle čeho je lze snadno odlišit od jiných lidí.\***

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

**38. Z lidí se schizofrenií nemám dobrý pocit.\***

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

**39. Pokud bych zjistil/a, že má můj kamarád/ka schizofrenii, změnil by se vůči němu/ní můj postoj.\***

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím

**40. Pokud bych se dozvěděl/a, že někomu v mém blízkém okolí byla diagnostikována schizofrenie, měl/a bych z něj/ní strach.\***

Vyberte jednu odpověď

rozhodně souhlasím

spíše souhlasím

nevím

spíše nesouhlasím

rozhodně nesouhlasím